Nr. 27. 3. lipca 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Fr. BEREZOWSKI. Lwów (Kulparków).

Kilka słów o osobowości psychopatologicznej, jako ważnym czynniku przy rozpoznawaniu chorób psychicznych*).

Erlicki w swoich „Wykładach klinicznych o chorobach umysłowych" wspomina, na jakich zasadach dawniej rozpoznawano choroby psychiczne. Pinel, Plater, Esquirol i i. klasyfikowali choroby psychiczne według objawów zewnętrznych; jest to klasyfikacja symptomatologiczna. Później klasyfikacja symptomatologiczna okazała się nie wystarczająca, kiedy francuski psychjatra Morel wysunął na czoło dziedziczność, jako ważny czynnik w powstawaniu chorób psychicznych. Klasyfikacja Morela stanowi typ klasyfikacji etjologicznej. Niektórzy psychjatrzy oparli swój podział psychoz na podstawie anatomo-patologicznej; do nich należą Luys, Voissin, Meynert. Przedstawiciele zaś klasyfikacji klinicznej (Kahlbaum, Kraft-Ebing, Schüle, Kraepelin, Ziehen, Bleuler i i.) kładli główny nacisk na charakterystykę poszczególnych postaci chorobowych. Tę klasyfikację dzisiaj jeszcze należy uważać za panującą.

Od czasów Kraepelina i Bleulera akcentuje się więcej osobowość psychopatologiczną. Już Schüle mówi, że nie leczymy samej tylko choroby psychicznej, względnie mózgu chorego, lecz mamy do czynienia z chorym człowiekiem, z chorą osobowością. Przed nami nie prezentuje się manja, melancholja, porażenie postępujące, lecz maniak, melancholik, porażeniec. Z tego założenia wypływa obowiązek subtelnego indywidualizowania.

Pod wpływem choroby psychicznej zmienia się osobowość chorego w pewnym kierunku, i przybiera specyficzną postać o ściśle określonym typie. Poznawszy typ osobowości psychopatologicznej w chorym, poznajemy psychozę odpowiednią, choć objawy kliniczne są jeszcze ukryte, albo niewyraźne, niejasne, bez szczególnego zabarwienia. Wynika stąd, że osobowość psychopatologiczna ma zatem doniosłe znaczenie przy stawianiu diagnozy wtedy, kiedy niema charakterystycznych symptomów chorobowych.

Tak, jak charakter osobnika psychicznie zdrowego pozwala nam, o ile go znamy, ocenić wartość duchową człowieka, tak też osobowość człowieka um. ch. przedstawia nam zjawisko z pewnem niezatartem piętnem jego duszy. Któż bowiem nie zna charakteru morfinisty, alkoholika, którego narkotyki przez bezustanne i długotrwałe działanie zrujnowały, albo otępiałego porażeńca, który się uważa za wyższego od Pana Boga?

W dawniejszych latach uważano za najwcześniejszy i istotny objaw porażeńca, zwrotną nieruchomość źrenic. Dzisiaj wiemy, że zwrotna nieruchomość źrenic występuje nietylko na skutek zakażenia kiłowego, lecz także z innych powodów, jak ciężki uraz głowy, choroby intoksykacyjne, stwardnienie rozsiane, influenza, dyfterja, epidemiczne zapalenie opon mózgowych (Dünner, Westphal, Biermann, Rechler, Keller, Piotrowski). W obecnym okresie serodjagnozy za decydujący objaw porażenia uważa się dodatniego Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym. To rozstrzygające znaczenie objawu Wassermanna zakwestjonował Bielawski opierając się na wynikach badań swoich płynem mózgu-rdzeniowym u katatoników, u których wykluczono podłoże kiłowe; badania dały prawie zawsze pozytywny odczyn Bordet-Wassermanna.

Doświadczenie dowodzi, że w niektórych przypadkach porażenia postępującego najwcześniejszym objawem jest zwrotna nieruchomość źrenic, w innych znowu pozytywny Wassermann. Pozostaje jednakże szereg przypadków zachorzenia porażennego gdzie niema objawów serologicznych i cielesnych. Rozpoznanie porażenia postępującego na podstawie samych fenomenów psychicznych nie zawsze prowadzi do celu. Trudno nieraz jest odróżnić porażenie wyskokowe od porażenia postępującego. Dopiero wynik badania serologicznego decyduje o postaci choroby. Gdy płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazuje zmian porażennych, wtedy tylko inne przejawy chorobowe mogą doprowadzić do rozpoznania porażenia postępującego, mianowicie pozostaje środek uchwycenia typowej porażennej osobowości. Cechą tej osobowości swoiście typowej porażennej jest zmiana charakteru, nastroju, zachowania się chorego; zmienność afektywna, beztroska, niekonsekwencja i sprzeczność w czynach i słowach; zaniedbywanie obowiązków i niezdolność do systematycznej pracy; przedewszystkiem zmniejszona zdolność autokrytycyzmu.

Porażenie może zamanifestować maniaka. Tam, gdzie brak objawów cielesnych i serologicznych, jedynie subtelna analiza psychiczna może wykazać osobowość porażenną odmienną od osobowości maniaka lub innego chorego, którą często można tylko intuicyjnie wyczuć.

Następujące przypadki, demonstrowane przez Piotrowskiego objaśniają myśli powyżej wypowiedziane.

Chora P. lat 40, miała niedorzeczne urojenia wywyższenia, mówiła bez związku; Wassermann we krwi i płynie negatywny. Na zasadzie braku związku w mowie, uważanego za rozstrzelenie myślowe, rozpoznano schizophrenję. Przed dwoma laty stwierdzono u chorej lekko zaznaczające się zwężenie tętnicy głównej. Dokładny rozbiór psychiczny wykazał, że chora nie miała rozstrzelenia myślowego; nieład w mowie przedstawiał raczej gonitwę myśli, która w stanie podniecenia powodowała nieporządek w mowie. Chora była pretensjonalna, skłonna do pieniactwa, zadowolona ze siebie, zalotna, każdego lekarza zapraszała na męża. Uwydatniał się jaskrawy brak autokrytycyzmu.

Chory W. lat 46, cierpi od 7 lat na napady kurczowe; brak cielesnych i serologicznych objawów porażennych. Chory uchodził za padaczkowego. Dokładny rozbiór osobowości psychicznej wykazał słabość intelektu, nieodpowiadającą otępieniu epileptycznemu. Występowała nieuzasadniona euforja, głupkowata argumentacja, zadowolenie ze siebie, brak autokrytycyzmu. Czasami chory miewał stany remisji, w których mówił, argumentował i zachowywał się prawidłowo; charakter jego nie był padaczkowy.

Chory Sz. lat 48, przyszedł do Zakładu w stanie maniakalnym z rozpoznaniem psychozy maniakalno-depresyjnej i alkoholizmu. Chory dużo używał alkoholu. Objawów cielesnych nie było; badań serologicznych nie przeprowadzono, ponieważ chory przed tem uporczywie się bronił. Chory wypowiadał skargi typu hipochondrycznego, miał skłonności pieniacza, wyjawiał głupkowatą argumentację, euforję, zadowolenie ze siebie; uwydatniał się brak autokrytycyzmu. Uderzała przedewszystkiem równoczesność euforji i stanów hipochondrycznych. Na podstawie objawów, cechujących osobowość tych trzech przypadków, przedstawionych na posiedzeniu klinicznem lekarzy w Dziekance rozpoznał Piotrowski porażenie postępujące.

Dopiero po półtora roku okazała się prawidłowość rozpoznania choroby. Rozwinęły się bowiem typowe objawy cielesne porażenne, jak, nieprawidłowa reakcja źrenic na światło, połykanie na zgłoskach, drżenie języka, ust, porażenie nerwu twarzowego i pozytywny Wassermann w płynie przy 0,1, co jest charakterystycznem dla porażenia postępującego, a nie innych zachorzeń kiłowych mózgu*). Dodatni Wassermann wystąpił w pierwszym i w drugim przypadku dopiero po kilkakrotnym ujemnym wyniku badań serologicznych (w przyp. II badano płyn 4 razy): że i w trzecim przypadku, mimo braku danych serologicznych, rozpoznanie porażenia postępującego było prawidłowe, o tem świadczą z czasem powstałe objawy, jak potykanie na zgłoskach i nieprawidłowa funkcja źrenic.

Koncepcja rozpoznawania chorób psychicznych na zasadzie typów osobowości psychopatologicznych nie jest odosobnioną. Akcentują ją różni autorzy zagraniczni, mianowicie wtedy, kiedy chodzi o wypuklenie charakteru różnych stanów psychopatologicznych. W nader jasny, dobitny i przekonywujący sposób umieją francuzi oświetlić osobowość psychopatologiczną i odróżnić jeden typ od drugiego. Claud zwraca uwagę na momenty, które przedewszystkiem pozwalają odłączyć paranoika od schizoidyka, psychastenika i innych.

Kontsytucja paranoiczna według Clauda zasadniczo różni się od konstytucji schizoidalnej. Paranoik walczy ze światem zewnętrznym, schizoidyk poddaje się mu; paranoik przyjmuje świat jakim on jest, t. j. rzeczywistym, schizoidyk natomiast stwarza obok tego świat urojony; paranoik przyjmuje pewną podstawę wobec innych ludzi, schizoidyk ignoruje ich, usiłuje przejść mimo, nie widząc ich, a jeżeli mu się to nie udaje, oddala się. Paranoik jest

---

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu lekarzy w Dziekance w dniu 25. VII. 1925.

*) Piotrowski: O wczesnem rozpoznaniu por. post. Przegl. lek. 1916, Nr. 10.

panem swojego świata urojoniowego, schizoidyk rozstawia się w swoim świecie urojonym. Obaj są pełni pychy; jeden chce zwyciężyć życie wrogie, drugi idzie mimo; pierwszy jest człowiekiem czynu, drugi marzycielem. Schizoidyk wprawdzie może epizodycznie objawiać tendencje paranoiczne, a w ogólności, jeżeli schizoidyk jest podejrzliwy, pyszny, to dlatego, że czuje on odrazę do ludzi i uchodzi przed nimi w samotność. Schizoidyk nie usiłuje usunąć zapory i niema tendencji do przeinaczania i pogrubiania faktów. Charakter właściwy paranoików i zdolności umysłowe schizoidyka są nietknięte. Schizoidyk jest zawsze rozorjentowany i niema zaburzeń percepcji. Paranoik nie wyzdrowieje, lecz tylko się rozbraja; nawet w remisji nie dochodzi do świadomości, że jego stan poprzedni był chorobą. Schizoidyk nawet w stanie patologicznym zdaje sobie sprawę ze swego stanu chorobowego.

Rozwój choroby sam w sobie wystarczy, aby wykazać różnicę między paranoikiem a schizoidykiem. Zaakcentowanie pychy, niedowierzanie, i podejrzliwość są istotnymi czynnikami chronicznych urojeń prześladowania i wielkości. Akcentowanie cech dominujących w schizoidji prowadzi do schizomanji t. j. do tych stanów, gdzie niezborność między aktywnością praktyczną, a aktywnością intelektualną osiągnęła granice patologiczne.

Jeżeli uwzględnimy charakterystykę tych dwóch typów chorobowych podaną przez Clauda, przychodzimy z konieczności do wniosku, że paranoik i schizophrenik, to zasadniczo dwa odmienne typy, które z tytułu tej odmienności nie mogą stanowić jednej, wzajemnej i tej samej klinicznej grupy chorobowej.

W taki sam sposób możemy odróżnić schizoidyka od psychastenika (mam tu na myśli okresy początkowe choroby, w których cierpienie nie występuje z pełną wyrazistością kliniczną). Psychastenik manifestuje sentyment bezwładności psychicznej, czuje się on niezdolnym do działania, jest niezadowolonym z samego siebie, jest niezdecydowanym, powolnym, niezgrabnym w swoich czynach, skarży się na obojętność, potrzebuje wskazówek i autorytetu; zaburzeń procesów myślowych nie ma. Zmniejszenie tężyzny psychicznej wywołuje pewną chorobliwość umysłową, niepokój, uczucie niedomagania tem silniejsze, że osobnik w tym stanie zachował swoją inteligencję. Tego niepokoju właściwie brak schizoidykom. U tych chorych przeważa tendencja do życia wewnętrznego, do marzenia. Psychastenik, gdy się zdecyduje na czyn, działa konsekwentnie. Schizoidyk nie czuje sie niezdolnym; nie działa, bo nie chce działać, psychastenik nie działa, bo nie może działać.

Rozumie się, że poszczególne przejawy psychiczne, wzmiankowane w powyższych uwagach, są oddawna ogółowi psychiatrycznemu znane, jednakże dotąd nigdy jeszcze osobowości psychopatologiczne nie były tak odpowiednio zestawione i trafnie sobie przeciwstawione, jak w rozważaniach C l a u d a.

W podobny sposób odróżnia Minkowski osobowość schizoidyka względnie schizophrenika od osobowości syntonika i epileptyka. Porażeniec — pisze M i n k o w s k i — zatraca pojęcie związku otaczających go przedmiotów. Świat redukuje się dla niego do przedmiotu, który ma przed sobą; w tym koncentruje całą swoją energję afektywną i nie może się od tego oderwać. Związek między tym przedmiotem a resztą przedmiotów i wydarzeń z otoczenia, nie istnieje, względnie jest luźnym. Najdobitniej stosunek ten przejawia się w zamroczeniu padaczkowem.

Syntonik znajdujący się naprzeciw zjawiska konkretnego, obserwuje przedmiot zawsze na ogólnej podstawie wydarzeń, które się przed nim odgrywają. Syntonja chodzi zawsze w parze z uczuciem taktu i miary.

Wybitną różnicę pomiędzy osobowością psychopatologiczną syntonika a schizoidyka objaśnia przykład następujący [3]). Dwaj młodzi studenci postanowili w dzień niedzielny wybrać sie na wycieczkę w góry. Jeden z nich cieszył się już myślą spędzenia czasu wśród ślicznego krajobrazu górskiego. W dzienniku wyczytał, że wspomniany dzień wycieczkowy będzie słotny i niepogodny; pomimo to chęć spedzenia dnia na łonie natury tkwiła w nim tak silnie, że starał się zapomnieć o przepowiedni niepogody, łudząc się nadzieją, że meteorolog się myli. Na szczycie góry przywitał go ulewny deszcz, a krajobraz cały zasłonięty był gęstą mgłą. Rozgoryczony powrócił do domu, uważając wycieczkę za nieudaną. Drugi student wyczytał również tę samą przepowiednię niepogody, lecz wiadomość ta bynajmniej nie wpłynęła na zmianę jego ustroju; ponieważ raz postanowił wybrać się w góry, wykonał zamiar z całą stanowczością, nie bacząc na deszcze i niepogodę. Wieczorem powrócił do domu zadowolony, że wykonał to, co postanowił. Widzimy, że w tych dwóch przytoczonych przypadkach, różny jest podkład psychologiczny. Pierwszego absorbuje myśl zetknięcia się z pięknem natury, podczas gdy drugi zajęty jest jedynie myślą o wykonaniu powziętego zamiaru, bez względu na uboczne przeszkody. U pierwszego przeważają elementy syntoniczne, drugi natomiast przedstawia to, co cechuje osobowość schizoidyka.

Schizoidyk pozostaje zimnym i beznamiętnym. Porządek jest dla niego ideą abstrakcyjną, prawem, któremu się przedmioty konkretne muszą poddać bez wyjątku. Z ich właściwościami indywidualnemi nie liczy się.

Epileptyk odnosi się do przedmiotu konkretnego w ten sposób, że przedmiot ten nabiera dla niego zbyt wielkiej miary i staje się dla niego zbyt bliskim. Schizophrenik natomiast widzi ten przedmiot w zbyt dalekiej odległości, jako zbyt mały. Jeżeli osoba — mówi Minkowski — składa nam swoją kondolencję w taki sposób, że po jej wyjściu z ulgą odetchniemy i radzi jesteśmy, że ten akt się już skończył, to z pewnością mamy do czynienia z padaczkowym.

Podobnie P i o t r o w s k i odróżnia osobowość hebephrenika od osobowości schizophazyka, jako dwa typy przeciwne sobie [4]). Różnica w charakterach tych dwóch typów chorobowych jest uderzająca. Schizofazyk jest przeważnie spokojnym, pogodnym, łagodnym, wesołym, zadowolonym, przyjaznym, dobrotliwym, chętnym, pracowitym, przystępnym, posłusznym, gadatliwym, sympatycznym. Jego dziwolągi myślowe i wyrazowe, jego fantastyczne i dziwaczne wyobrażenia, wypowiadane bez afektu, czasem tylko jakby z humorem, pobudzają obserwatora do wesołości, do żartów. Pacjent jest uległy tak, że można na niego łatwo wpływać w przeciwieństwie do hebefrenika. Hebefrenik jest najczęściej złośliwym, gniewliwym, drażliwym, aroganckim, zaczepnym, skłonnym do wybuchów gwałtownych, wyniosłym, niechętnym do pracy, niesympatycznym. Widzimy stąd, że osobowości tych dwóch typów chorobowych zasadniczo różnią się od siebie.

Streszczając się, pragnę podkreślić, że uwzględnianie czynnika tak ważnego jak psychopatologiczna osobowość, może w znacznym stopniu przyczynić się do wczesnego i prawidłowego rozpoznania właściwej psychozy i ułatwić różniczkowanie.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

Mnogie kostniaki chrzastkowe i schorzenia układu nerwowego przez nie wywołane.

Z oddziału chirurgicznego Państwowego Szpitala Pow. we Lwowie.
Prym.: Prof. Dr. T. O s t r o w s k i.

Dokończenie.

III.

Piśmiennictwo mnogich kostniaków, usadowionych na kręgach, jest niewielkie. R e c k l i n g h a u s e n opisuje kostniaka, wielkości orzecha włoskiego, umieszczonego na cienkim trzonku na szczycie wyrostka kolczastego. I. D. Cohnheim widział mnogie kostniaki na bocznej powierzchni wyrostków kolczastych i jeden u podstawy wyrostków poprzecznych i stawowych i na bocznych powierzchniach kolczastych; Huber-Heymann zaś opisuje małe guzki na przedniej powierzchni trzonu.

O ile chodzi o przypadki, z mnogiemi kostniakami, jeden z nich, usadowiony na kręgach, dawał objawy ucisku rdzenia, znalazłem zaledwie 3 opisy.

P r z y p. III. G o w e r s a. Według wzmianki u Schlessingera przytoczył Gowers przypadek, gdzie obok licznych kostniaków znaleziono guz kostny w części lędźwiowej kręgosłupa, który powodował ucisk na buńczuk koński.

P r z y p. IV. S t a r c k a. Męż. lat 21, w którego rodzinie zachodziły liczne kostniaki, dotknięty był kostniakami, pojawiającemi się od 1. roku życia, guzy te wzrastały, potem cofały się aż do zupełnego zniknięcia i pojawiały się nowe. W lutym 1900 doznał nagle mrowienia i kłucia na przedniej powierzchni obu ud. Przyjęty w październiku 1900. Wzrost mały — 158 cm, liczne kostniaki po całym kośćcu. Zmiany w układzie nerwowym: N. twarzowy po prawej, górna gałąź prawidłowa, dolna lekko osłabiona. N. podjęzykowy: język zbacza silnie na lewo, jednakowo gruby, mowa dobra. Odruchy brzuszne słabe. Porażenie spastyczne obu kończyn dolnych. Zaburzenie czucia bolu i dotyku niewyraźne.

Stan stale się pogarszał. Przypuszczano ucisk rdzenia przez kostniaki, usadowienia jednak nie można było oznaczyć aż z końcem stycznia 1901 wystąpiły wyraźniejsze objawy. Lewa połowa

---

[3]) Podany przez M i n k o w s k i e g o w swoich psychiatrycznych wrażeniach w Zurychu — Annales medico — Psychologiques — z lutego 1923.

[4]) P i o t r o w s k i: Now. Psych. r. 1925 nr. 3.

języka wyraźnie ścieńczała, pojawiły się drgania włókienkowe. Dla wszystkich rodzajów czucia pojawiła się strefa znieczulenia szerokości dłoni na wysokości 3 i 4 odcinka piersiowego, poniżej obniżenie czucia. Na podstawie tych objawów przyjęto usadowienie:

1) kostniaka na 2-gim kręgu piersiowym, który dawał porażenie spastyczne kończyn dolnych,

2) małego kostniaka na XI lub XII kręgu piersiowym, który powodował pierwsze parestezje na przedniej powierzchni ud w strefie n. udowego,

3) kostniaka czaszki z uciskiem na nerw podjęzykowy

Laminektomia 6. II. o. l. (Prof. Czerny). Oddłutowano części tylne łuków I—III. kręgu piersiowego i znaleziono: rdzeń przesunięty na wysokości II. kręgu ku stronie prawej wskutek ucisku kostniaka wielkości orzecha laskowego, który łączył sę z drugim na przedniej ścianie kanału. Opona twarda przekrwiona, pokryta jakby zlarniną. Brak tętnienia. Po oddłutowaniu kostniaków pojawiło się tętnienie a rdzeń powrócił do prawdziwego położenia.

Po operacji zupełne porażenie kończyn dolnych z bardzo silną sztywnością mięśni i silnemi przykurczami. Zniesienie czucia. Porażenie pęcherza i kiszki stolcowej; potem głębokie owrzodzenia odleżynowe. Stan czucia i kiszki stolcowej nieco się poprawił, natomiast wystąpiło zapalenie pęcherza i miedniczek.

Pogorszenie pooperacyjne odnosi Starck do obrażeń, jakich doznał przy operacji rdzeń już przedtem uciśnięty. Nadto przypuszcza pooperacyjne zaostrzenie przewlekłego stanu zapalnego rdzenia (przez 2 tygodnie po operacji temperatura dochodząca do 40° mimo gojenia się rany przez rychłozrost).

Przyp. V. (O c h s n e r-R o t h s t e i n), mężczyzna l. 23 z licznymi kostniakami rozsianymi po całym kośćcu. Tworzyły się one od 2. roku życia, zresztą bez dolegliwości. Od dłuższego czasu przy ruchach głowy występywał nagły bardzo silny ból w karku, który promieniował do prawego barku. Ostatnio wystąpiło porażenie prawej kończyny górnej i niedowład obu kończyn dolnych. Badanie neurologiczne: oczopląs; kończyny górne: porażenie spastyczne po prawej z przykurczem w łokciu, niezborność po lewej. Małe zaburzenie czucia. Kończyny dolne: chód spastyczny, Babiński po prawej dodatni. Bole głowy chory umiejscawia za małżowiną uszną prawą tj. w strefie zaopatrywanej przez *N. occipitalis minor*. Rozpoznano ucisk na rdzeń przez kostniak II. kręgu szyjnego. Laminektomia kręgów II i III szyjnych. Na łuku kręgowym II. po prawej, siedział uciskający rdzeń kostniak, który usunięto. Po operacji poprawa bardzo wybitna. Pacjent chodził i władał prawem ramieniem. Na lewem pozostały małe zaburzenia czucia i lekka niezborność.

Oba ostatnie przypadki jako bardzo zbliżone do naszego, zwłaszcza przypadek Starcka, omówiłem nieco szerzej. W tym ostatnim pozostaje jeszcze jeden szczegół do wyjaśnienia, t. j. sprawa znikania wyrosłych już kostniaków. Pacjent Starcka według niego bardzo inteligentny i zupełnie wiarygodny podaje, że 1) znikł kostniak wielkości orzecha na jednem z żeber po stronie lewej, 2) kostniak wielkości jabłka w okolicy prawego stawu skokowego, wystąpił w 9 roku życia, rósł przez 6 lat i zmuszał pacjenta do noszenia specjalnego trzewika. Przy badaniu stwierdzono tylko kilka drobnych guzków na obu kostkach, 3) kostniak pod paznokciem 4 palca u l. reki, który swego czasu powodował gwałtowne bole. Takie znikanie kostniaków opisywano kilkakrotnie. Hartmann fotografował 11. letniego chłopaka z licznymi kostniakami. Na fotografji wykonanej 20 lat później stwierdził, że wielka ilość kostniaków znikła. O znikaniu kostniaków wspominają V o l k m a i n, C h o l e w a, F i s c h e r, R u b i n s t e i n, nie dając jednak tak przekonywujących dowodów. L a l l e m a n t opisuje pokrótce całą rodzinę obarczoną kostniakami, które w znacznej mierze miały się cofać. Bessel-Nagen nie wierzy, by kostniaki rzeczywiście mogły się cofać; za W e b e r e m i B r a u n e m, (który w 14 lat po Cholewie badał jego przypadek i zmian oprócz silnego przybrania na tuszy nie stwierdził), tłumaczy on pozorne znikanie: 1) zgrubieniem warstwy pokrywających je części miękkich, szczególnie podściółki tłuszczowej, 2) zmianami w wypełnieniu ewentualnej torebki maziowej, która może pokrywać niektóre kostniaki i ulegać stanom zapalnym. Frangenheim i Pels-Lensden twierdzą, że kostniaki ulegają z trudnością zmianom. P.-L. tłumaczy zmniejszenie się kostniaków procesami resorbcyjnymi pod wpływem działania osteoklastów, których wiele spotykał w swoich przypadkach, możliwe, że czasem resorbcja może wziąć górę nad procesami wytwórczymi.. Dziś zgodzić się musimy na to, że rzeczywiście pewne kostniaki cofają się, co nie da się jednak przewidzieć nawet w tych przypadkach, gdzie mamy podobne dane w wywiadach.

Oprócz tych 4 przypadków ucisku rdzenia przez kostniaki kręgów u osobników obarczonych mnogiemi kostniakami, istnieje kilkanaście opisów samotnych kostniaków usadowionych na kręgach. Są to przypadki przeważnie nieoperowane [1]).

P r z y p. VI. C l o g u e t — kostniak na X kręgu piersiowym.

P r z y p. VII. R e i d — kostniak zębu II C, podobny u P e r e u r a ‘y (przyp. VIII).

P r z y p. IX. V o g l u 16-letniej dziewczyny kostniak IV C wielkości migdała.

P r z y p. X. B o n u s — kostniak kości krzyżowej z uciskiem na buńczuk.

P r z y p. XI. E b e r t h — wielki kostniak na wysokości VII—IX D.

P r z y p. XII. S c h l e s i n g e r u 18-letniego chłopaka kostniak wychodzący z łuków III—V C powodował bóle i sztywność karku, silne przykurcze kończyn.

P r z y p. XIII. B i e l h o w s k y (Neurol. Zeit. 1904) 51-letnia kobieta. Od 1½ roku poczuwszy zrazu parestezje na podeszwach, wreszcie porażenie spastyczne obu kończyn dolnych z bardzo silnymi przykurczami szczególnie w biodrze i w zakresie mięśni przywodzących uda. Wyrostki kolczyste w części piersiowej na opukiwanie bolesne; szczególnie V. D. Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie na wysokości tegoż kręgu. Laminektomia (I z r a e l) — rdzeń na wysokości V. D. nie tętni. Po nacięciu opony wewnętrznej; rdzeń uciśnięty przez kostniak wychodzący z trzonu V. D. wielkości wiśni. Część guzka wycięto. Wkrótce po operacji śmierć. Sekcja: kostniak pokryty zgrubiałą okostną niezrośniętą z oponami. Rdzeń wykazuje typowe żółte rozmiękczenie, wypływa po nacięciu opony twardej. Mikroskopowe badanie okolicy uciśniętej rdzenia, rozpad istoty białej daleko posunięty, liczne komórki z ziarenkami tłuszczu, liczne naczynia wypełnione białemi ciałkami, obfite wynaczynienia. Niestosunek wielkich zmian w rdzeniu obok małego guzka uciskającego tłumaczy B. wtórnym stanem zapalnym spowodowanym wzmożonem wchłanianiem tkanki rdzenia.

P r z y p. XIV. H e r m e s — 21-letni mężczyzna. W ciągu 2 lat powoli rozwinęło się zupełne porażenie kończyn dolnych z przykurczami i rwącymi bólami. Czucie zniesione od więzadeł Pouparta z przodu i od wysokości IV kręgu lędźwiowego z tyłu, począwszy w dół. Porażenie pęcherza i odbytnicy. Silne przodozgięcie kręgosłupa lędźwiowego. Ciepłota prawidłowa. Rozpoznano gruźlicę kręgosłupa lędźwiowego. Śmierć z powodu zapalenia płuc. Sekcja: kręgosłup od XII. D. począwszy silnie wypuklony ku przodowi. Z wyrostka kolczystego X. D. wyrasta ku kanałowi kręgowemu kostniak kształtu piramidy zwróconej podstawą do rdzenia, który został uciśnięty. Boczne masy guza uciskają X. nerw piersiowy.

P r z y p. XV. R a v e n — 40-letnia kobieta. Od 7 lat bóle w plecach i osłabienia nóg. Bóle promieniują od grzbietu do prawego boku brzucha do pochwy i do prawej kończyny dolnej. Uczucie bezwładu silniejsze w prawej nodze niż w lewej kręgosłup tkliwy na opukiwanie w okolicy krzyżowej. Odruchy kolanowe obustronne bardzo żywe. Zaznaczone drganie stóp, Babiński obustronnie dodatni. Osłabienie zwieracza odbytu. Napadowe bardzo bolesne przykurcze w prawej nodze. Czucie prawidłowe. Badanie Roentgenem stwierdziło kręgosłup prawidłowy. Laminektomia na przestrzeni 9 D—1 L nie wykazała żadnych zmian mimo dokładnego zgłębnikowania w górę i w dół. Przy nacięciu opony twardej płyn nie wypływał. W kilka godzin śmierć. Sekcja: z trzonu 7 D. wypukla się do światła kanału kręgowego kostniak pokryty chrząstką o rozmiarach 15×9 mm. Rdzeń w tem miejscu mniej więcej na wysokości V korzonka silnie od przodu uciśnięty tak, że tworzy blaszkę cienką jak papier. Mikroskopowo w miejscu ucisku bardzo liczne nitki osiowe zachowane, osłonki myelinowe w wielkiej części zniszczone. Wtórne zwyrodnienia wstępujące i zstępujące nadspodziewanie małe.

P r z y p. XVI. B o r n s t e i n-S t e r l i n g. 75-letni mężczyzna chorował od 10 lat. Sekcja: kostniak z trzonu III C wielkości 15×5 mm. pokryty okostną i trzonkiem złączony z kręgiem sterczy do kanału kręgowego. Szereg drobnych na reszcie kręgów szyjnych.

Przechodzę do omówienia następnej grupy przypadków, z których kostniaki dawały objawy uciskowe ze strony obwodowych pni nerwowych. Przypadków tyczących osobników obarczonych licznymi kostniakami znalazłem 2. I w tej grupie celem klinicznego uzupełnienia zestawiam przypadki kostniaków samotnych. Zaznaczam przytem, że zestawienia moje najprawdopodobniej nie są zupełne mimo troskliwych poszukiwań.

P r z y p. XVII. P e l t e s o h n a. Kob. lat 24. Liczne kostniaki rozsiane po całym kośćcu. Na dośrodkowym końcu lewej piszczeli

[1]) Korzystam z zestawień w pracach 1) H e r m e s a, 2) B o r n s t e i n a i S t e r l i n g a.

kostniak wielkości jabłka. Lewa stopa w ustawieniu końsko-szpotawem wskutek porażenia uciśniętego nerwu strzałkowatego. Kostniaki piszczeli uciskającej nerw strzałkowy opisują XVIII Hawkus, XIX Cooper, XX Köhler. Do przyp. IV. zaliczyć tu możemy także przypadek Starcka. O ile dane S. co do nerwu twarzowego są niejasne, o tyle możemy przyjąć istnienie kostniaka na kości potylicznej w okolicy foramen condyloideum anterius uciskającego nerw podjęzykowy. Kostniak ten widocznie rósł równocześnie we wzrostach kostniaka kręgu II. D, gdyż po 6 miesiącach obserwacji klinicznej nastąpiło znaczne pogorszenie: zanik lewej połowy języka i drganie włókienkowe.

Przyp. XXI. Köhler — kostniak dośrodkowego końca kości udowej powodował ciężką rwę kulszową.

Przyp. XXII. Schäfer — kostniak wielkości głowy dziecka siedział na górnej $^1/_3$ piszczeli, powodował gwałtowne bóle. Guz wycięto; postronek naczyniowo-nerwowy leżał w głębokim rowku na tylnej powierzchni guza.

Przyp. XXIII. Heleny Gauer — kostniaki na wyrostkach poprzecznych V i VI C po prawej. Przez ucisk na splot szyjny powodowały porażenie i zaburzenia czucia w prawej kończynie górnej. Mimo operacji nie udało się uzyskać zupełnej poprawy z powodu daleko posuniętych zmian w pniach nerwowych. G. uważa te kostniaki za szczękowe żebra szyjne.

IV.

Jakie wnioski kliniczne dadzą się wyprowadzić na podstawie przypadków znanych z piśmiennictwa?

Kostniaki przedstawiają naogół schorzenia dobrotliwe. Chory w którego rodzine guzy kostne są znane jako nieszkodliwe, zazwyczaj nie zajmuje się nimi, a lekarz stwierdza je przypadkowo. Nabierają natomiast znaczenia klinicznego, gdy uciskają ważne narządy leżące w ich pobliżu.

Objawy ucisku nerwów obwodowych są bardzo rozmaite, zależnie od usadowienia guza. W zebranych wyżej przypadkach przeważa ucisk nerwu strzałkowego z nerwobólami lub porażennem ustawieniem stopy (końsko-szpotawa) zależnie od wielkości i czasu wzrostu guza.

Obraz kliniczny ucisku rdzenia również nie jest jednolity. Rozpatrzymy tu wyłącznie przypadki kostniaków licznych i pojedynczych. W zebranych przypadkach pojawiał się ucisk rdzenia między 15 a 65 rokiem życia, co wskazuje, że guzy kostne mogą w każdym wieku wyrastać. Znaczna ilość wypada na czas przed ukończeniem wzrostu kośćca tj. 4 na 9 (opisanych z podaniem wieku), a przeważną, bo 6, na koniec drugiego i trzeci dziesiątek; tu należą wszystkie przypadki mnogich kostniaków chrząstkowych. Czas rozwoju objawów klinicznych do operacji, względnie do śmierci wahał od 1—10 lat. Na ogół w młodym wieku rozwój był szybszy 1—3 lat. Najdłuższe okresy rozwoju 7 i 10 lat wykazują chorzy 45 i 75 letni.

Najczęściej usadawiały się kostniaki na kręgach piersiowych i szyjnych, rzadziej lędźwiowych i na kości krzyżowej.

Naogół nie dawały one w kręgosłupie zmian, na zewnątrz widocznych. Wyjątkowo w przypadku Bielchowsky'ego był bolesny na opukiwanie kręg obarczony kostniakiem. W przypadku zaś Hermesa widoczne było wyraźne przodozgięcie kręgosłupa poniżej kostniaka.

O obrazach roentgenowskich nie wiele da się powiedzieć na podstawie skąpych danych zanotowanych w poszczególnych przypadkach. W każdym razie badania roentgenowskie zwłaszcza przy najnowszych metodach posługujących się lipjodolem mają pierwszorzędne znaczenie przy umiejscawianiu ucisku rdzenia, co natrafia nieraz na bardzo poważne trudności (przyp. Hermesa, Starcka). Również co do rodzaju guza i jego rozmiarów pozwalają nieraz na wyciąganie daleko idących wniosków. Nie zawsze jednak zdołano cień guza na płycie uchwycić. I tak chociaż w przyp. Bielchowsky'ego mały guz wielkości wiśni dawał pociemnienie to w przyp. Ravena z kostniakiem dość dużym niczego nie zdołano stwierdzić na płycie roentgenowskiej. Jakie znaczenie ma wcześnie dokonane umiejscowienie guza wskazuje zawiły przypadek Starcka, gdzie czekano z zabiegiem chirurgicznym 4 miesiące na wystąpienie wyraźnych objawów ze strony czucia, chociaż rozpoznanie guza kręgu i to kostniaka nie natrafiało na trudności. Przypuszczać można, że wcześniejsza operacja na podstawie wskazówek, jakie mógłby dać Roentgen, mogłaby była wypaść na okres niezbyt daleko posuniętych zmian wstecznych w rdzeniu i uratować chorego.

Objawy korzonkowe nie są stałe i zależą od usadowienia guza i sposobu rozrostu tegoż. Czasem brak ich zupełny, innym razem bóle są bardzo silne i dokuczliwe (przypadek V, VIII, XII, XIII).

Objawy ze strony rdzenia są, co do rozległości i natężenia, a także co do szybkości rozwoju, bardzo różne. Zmiany patologiczne rdzenia mogą być zupełnie niewspółmierne z wielkością guza, jak wskazuje przypadek Bielchowsky'ego. Porażenia bywały najczęściej spastyczne często z bardzo silnymi przykurczami (XII, XIII, XIV, XV). Czucie również wykazuje zaburzenia bardzo rozmaite. W przypadkach Schlesingera i Bornsteina wystąpiła wybitna dyssocjacja czucia, przy zupełnem zniesieniu czucia ciepłoty i zaburzeniach czucia bólu prawie całkowicie zachowane czucie na dotyk.

W niektórych przypadkach ogólny obraz kliniczny jest tak zawiły, że rozpoznanie natrafia na poważne, a jak twierdzą Bornsteini Sterlingo swoim przypadku nieprzezwyciężone trudności między innemi możliwościami przypuszczali jamistość rdzenia syringomyelję. W przyp. Hermesa przypuszczano gruźlicę i to w okolicy przodozgięcia leżącego znacznie poniżej kręgu obarczonego kostniakiem. O wiele łatwiejszem jest rozpoznanie w przypadkach licznych kostniaków rozsianych po całym kośćcu. (Tylko na tej podstawie przyjęto wniosek ze strony 3 daleko od siebie leżących kostniaków w przypadkach Starcka).

O wiele łatwiejsze jest rozpoznanie kostniaka jako przyczyny ucisku nerwów obwodowych. Twardy kostniak da się przeważnie łatwo wyczuć, gdy tylko osiągnął odpowiednią wielkość. W przeciwnym razie mogą być ponowne wywiady rodzinne, guzy napotkane w innych okolicach ciała, względnie nieprawidłowości w budowie kośćca. Prawie zawsze da się wykryć kostniaki badaniem roentgenowskiem.

Leczenie może być tylko operatywne. Wprawdzie znajdują się w piśmiennictwie wzmianki o samoistnem znikaniu kostniaków, jest to jednak sprawa niejasna i niepewna. Gdyby zaś dany guz miał nawet ustąpć, nieda się nigdy przewidzieć, kiedy to się stanie, ani też do jak daleko posuniętych zmian może istnienie jego doprowadzić. Kostniaki kości długich dadzą się usunąć bez wielkich trudności i niebezpieczeństwa. Poważniejsze są wypadki, gdy nerw jest obrośnięty przez guz. Przy uwalnianiu nerwu wskazana jest daleko posunięta ostrożność, gdyż przy każdem uderzeniu młotka możliwe jest zmiażdżenie nerwu przez twarde odłamki guza.

Z podobnemi trudnościami musimy się liczyć przy operacji kostniaków kręgów zwłaszcza, że obrażenie rdzenia może pociągnąć za sobą daleko poważniejsze skutki. Postępowanie operatora wymaga ogromnej delikatności, bo każde dalsze maltretowanie poważnie już uszkodzonego rdzenia grozi pogorszeniem objawów chorobowych, co w prostej linji prowadzi do śmierci. Liczyć się musimy z tem, że twardy guzik kostny sterczący do światła kanału kręgowego jest zdolny w wysokim stopniu do obrażenia delikatnego rdzenia przy lada ucisku. Pierwszy czynnik niebezpieczny, to wyważanie oddłutowanej części tylnej łuku kręgowego. Drugi, to usuwanie samego kostniaka. Słusznie podnosi Starck chwilę wahania po otwarciu kanału kręgowego i stwierdzeniu, że rdzeń jest wklinowany między dwa kostniaki. Czy odbijać je dłutkiem i powiększać jeszcze choćby chwilowo ucisk ścieśniając kanał grubością dłuta, czy najpierw unieść rdzeń z jego wąskiej rynienki. W obu wypadkach groziło uszkodzenie. Wybrano pierwszą możliwość i jak się okazuje, doznał rdzeń poważnych uszkodzeń.

Według naszego zestawienia, operowano dwa razy kostniaki, uciskające nerwy obwodowe, i oba razy z dobrym skutkiem. Z powodu kostniaków kręgów operowano sześć razy a to w przypadkach II, IV, V, XIII i XV i w przypadku ogłoszonym przez Caselli'ego (X. Congrès de la Société ital. de chirurgie 1893), co do którego brak mi jednak bliższych danych. W przypadkach V i Caselli'ego nastąpiło wyleczenie prawie zupełne. W przypadku naszym spodziewać się można po dwumiesięcznej obserwacji dalszej poprawy; w każdym razie operacja powstrzymała rozwój objawów uciskowych. Wszystkie te przypadki dotyczyły guzów łuków kręgowych, a więc stosunkowo niezbyt trudno dostępnych. W przypadku IV operacja przyspieszyła stale postępujące pogorszenie. Trudno rozstrzygnąć, czy rdzeń nie był już zdolny do odrodzenia, czy też szczególnie niekorzystne ułożenie kostniaków stworzyło bardzo trudne i niebezpieczne dla rdzenia warunki operacyjne. W przypadku XIII. kostniak leżał w okolicy najtrudniej dostępnej, bo na trzonie kręgu, nadto przypadek dotyczył najstarszej chorej z pośród operowanych (51 lat), śmierć nastąpiła prawie bezpośrednio po operacji. W przypadku XV. nieda się wiele powiedzieć, bo guz umiejscowiono zbyt nisko i laminektomję wykonano w miejscu fałszywem.

Mimo niezbyt zadowalających wyników, bezwzględnie musimy każdy rozpoznany i umiejscowiony kostniak kręgów operować. Wszystkie przypadki nieoperowane kończyły się śmiercią. Wobec tego ryzyko operacji nie jest wielkie, a pomyślny wynik w naszem zestawieniu miała pół przedsiębranych operacyj.

Przy obecnym rozwoju techniki badania, zwłaszcza promieniami Roentgena, można się spodziewać, że każdy przypadek uci-

sku rdzenia przez kostniaka i to we wczesnym okresie rozwoju dostanie się na stół operacyjny a w takich warunkach i wyniki operacyj będą lepsze.

Piśmiennictwo.

1. Aschoff: Path. Anat. 1921. Bd. II. — 2) Bauer: Die Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankh. 1921. — 3) Bessel-Hagen: Arch. f. kl. Chir. 1891, 41. — 4) Brudziński: Neurologja polska 1910, T. I. Tłumaczenie w Gaz. lek. 1902. Zblt. für Neur. u. Psych. XIII. — 6) Flatau: Lewandowski Hdb. Bd. II. — 7) Foedere: D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 45. — 8) Gauer: Ueber einen Fall v. Exostose d. Wirbelsäule mit Druck auf Nervenslämme G. D. Königsberg 1921. — 9) Heule: Chirurgie d. Rückenmarhs u. d. Wirbelsäule. Hdb. d. prakt. Chir. Bergmann Bruns 1907. — 10) Herzfeld: Arch. f. klin. Chir. 1911, Bd. 96. — 11) Hermes: Ueber einen Fall von Osteom d. Wirbelsäule mit Kompression d. Rückenmarhs. I-D. Giessen 1905. — 12) Izrael: B. klin. W. 1903, Nr. 22. — 13) Jäger: Zeitschr. f. Path. 1918, Bd. 21. — 14) Krause: Chirurgie d. Gehirns u. Rückenmarhs nach eigenen Erfahrungen, 1911. — 15) Kienböck: Acta radiologica. Stockholm 1926, Vol. VII. — 16) Lallemaut: Fortschritte auf d. Geb. d. Roentg. 1913, Bd. XX. — 17) Lehmann: D. Leipzig 1911. — 18) Leser: Lrb. d. allg. Chir. 1916, Bd. II. — 19) Müller: Beitr. z. pathol. anat. Ziegler, 1914, Bd. 57. — 20) Ochsner-Rothstein: Annals of Surgery 1907, I. Ref.-Zblt. f. Ch. 1908, 143. — 21) Przewoski: Pam. Tow. lek. Warsz. 1900. — 22) Pels-Lensden: D. Zeitschr. f. Chir. 1907, Bd. 86. — 23) Peltesohn: B. klin. W. 1900, Nr. 8. — 24) Rumpel: Ueber Geschwulste u. Entzündliche Erkrankungen d. Knochen im Roentg. Hamburg 1908. — 25) Raven: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1912, Bd. 44. — 26) Stertz: Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1906, Bd. 20. — 27. Starck: Bruns' Beitr. 1902, Bd. 34. — 28) Stendel: Bruns' Beitr. 1892, Bd. 8. — 29) Fragenheim: Die Krankheiten d. Knochensystems im Kindesalter, 1913.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. H. MIERZECKI. Lwów.

Aurokeratosis cutis.
Rogowiec skóry po dożylnem wlewaniu złota *).

Z Przychodni skórno-wenerycznej Kasy Chorych we Lwowie.

Zmiany skórne, powstałe skutkiem stosowania rozmaitych przetworów chemicznych tworzą dużą grupę dermatologiczną. Obraz kliniczny tych zmian jest bardzo różnorodny, obejmuje bowiem niemal wszelkiego rodzaju skórne wykwity pierwotne i wtórne.

Wszystkie niemal leki mogą wywołać osutki lekowe plamiste, guzkowe i pęcherzykowo krostkowe. Zmiany natomiast rogowcowe skóry stwierdzamy jedynie po stosowaniu arszeniku. I dlatego przytaczam opis przypadku chorobowego, w którym rogowiec wystąpił po dożylnem wlewaniu złota.

N. W. lat 30, urzędniczka bankowa cierpi od lat kilkunastu na łuszczycę. W rodzinie łuszczyca u matki i sióstr, bracia wolni są od skórnych zmian chorobowych. Poza łuszczycą chora żadnych chorób skórnych nie przechodziła. Czuje się zdrowa i w zakresie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu żadnych zaburzeń stwierdzić nie można. Chora zgłosiła się z wykwitami łuszczycowemi na uwłosionej części głowy.

1. 4. otrzymała dożylnie 0,01 Triphal; po kilku godzinach ciepłota 37,2 utrzymująca się przez 24 godzin. 4. 4. dożylnie 0,01 Triphal; po 24 godzinach lekki obrzęk stawów palców rąk i nóg, utrzymujący się przez 24 godzin. 8. 4. dożylnie Triphal 0,025, łuski z wykwitów łuszczycowych opadają, nawrót obrzęków stawów, badanie moczu zmian chorobowych nie wykazuje. 15. 4. dożylnie Triphal 0,025, po kilku godzinach świąd na całem ciele, a w szczególności na opuszkach palców oraz drobnoplamista osutka czerwona po stronie wyprostnej nadgarstka i przedramienia. Osutka ustąpiła po trzech dniach, świąd po tygodniu. 24. 4. dożylnie Triphal 0,025, zmiany łuszczycowe ustępują na ręce prawej jednakowoż na dłoni oraz na skórze palców w okolicy stawów pierwszej i drugiej falangi widoczne są brunatne, dobrze ograniczone, wielkości główki od szpilki do ziarenka prosa a nawet grochu małego, plamki niebolesne, nieznacznie ponad poziom skóry wyniosłe. 22. 4. dożylnie Triphal 0,025; 25. 4. w miejscu plamek widoczne są blaszki rogowe, płaskie, dobrze ograniczone i ponad poziom skóry wybitnie wyniosłe, o powierzchni brudno żółtej gładkiej, za dotykiem twarde. Blaszki te umiejscowione są po stronie dłoniowej na palcu trzecim w okolicy stawów pierwszej i drugiej falangi oraz na opuszce palca piątego ręki prawej. Rogowiec palca piątego wystąpił dopiero po ostatniem wlewaniu. Zaprzestano dalszego wlewania złota. 6. 5. zmiany łuszczycowe ustąpiły, zmiany rogowcowe bez zmian; nowych wykwitów rogowcowych nie stwierdzam. 14. 5. zmiany rogowcowe ustępują, bledną, nowe zmiany nie występują. 17. 5. dożylnie Triphal 0,025. 20 .5. intenzywniejsze zabarwienie blaszek rogowych oraz rozszerzenie się ich na opuszce palca piątego.

W przytoczonym przypadku chorobowym zasługują na uwagę następujące okoliczności: przemijająca osutka plamista, świąd i obrzęk stawów oraz zmiany rogowcowe na palcach po stronie dłoniowej. Kazuistyka osutek lekowych po stosowaniu złota jest naogół bardzo skąpa. Złoto bowiem wprowadzono do lecznictwa (Feldt i Spiess) w latach wielkiej wojny i stąd krótki jest stosunkowo okres spostrzeżeń i doświadczeń nad tym lekiem.

Znamiennem jest dla złotowych osutek lekowych częstość ich wystąpienia w przebiegu schorzeń skórnych, przy dość rzadkiem ich wystąpieniu w przebiegu innych schorzeń. I tak stwierdził złotowe osutki lekowe w przebiegu gruźlicy krtani Meye w 6,5% przypadkach; w przebiegu gruźlicy płuc Schellenberg w 9% przypadkach; w gruźlicy błony śluzowej w 2%, a skóry w 33,3% przypadkach Martenstein.

Martenstein podał też pierwszy dokładny opis osutki złotowej po stosowaniu krysolganu; osutka ta złożona jest z drobnych czerwonych follikularnych plamek, obejmujących wyprostną stronę kończyn z pominięciem łokcia i kolan. Zmiany te zależne są nie od dawki, ale od nadwrażliwości organizmu, czego dowodem jest przypadek, śmiertelny Bruhnsa już po 0,001 g. Krysolganu. Jakkolwiek w naszym przypadku wystąpiła osutka typu Martensteina to jednak różni się od niej tem, że mimo dalszego stosowania nie stwierdzono nawrotu tej osutki.

Obrzęk stawów stwierdzony w naszym przypadku należy do rzadkości. Na bogatym swoim materjale stwierdził Martenstein zaledwie trzy razy obrzęki rąk i nóg.

Rogowcowych zmian złotowych dotychczas nie stwierdzono i dlatego należało w naszym przypadku wykluczyć wszelkie inne przyczyny, któreby mogły spowodować powstanie blaszek rogowych. Przyczynę mechaniczną można było łatwo wykluczyć, chora bowiem urzędniczka bankowa fizycznie zupełnie nie pracuje ani sportów nie uprawia i nigdy podobnych wykwitów u siebie nie zauważyła. Przyczyna chemiczna nie zaistniała, bo arszeniku nie przyjmowała w żadnej formie. Przeciwko zaś łuszczycy przemawia obraz kliniczny a więc widoczne wybitne blaszki rogowe, barwa i umiejscowienie (na dłoni). Za przyrodą zaś złotową przemawia fakt pojawienia się tych wykwitów w czasie leczenia, ustępywania ich po zaprzestaniu wlewań złotowych oraz rozszerzenie się rogowca po ponownem wlewaniu [1]).

Badań histologicznych niestety przeprowadzić nie było można.

Pojawienie się osutek po Triphalu jest naogół rzadkie, czego dowodem doświadczenia Rittera, który na 60 przypadków leczonych Triphalem (z czego 21 przyp. łuszczycy) zaledwie w jednym przypadku stwierdził osutkę lekową. A i własny materjał obejmujący 49 przypadków, leczonych przeważnie ambulatoryjnie wykazuje zaledwie dwa przypadki zmian skórnych o typie uogólnionego złuszczającego zapalenia skóry.

Przyczyna rogowca tkwi niewątpliwie w nadwrażliwości chorej na przetwory złotowe, przyczem łuszczyca usposabiająca, do rogowca arszenikowego (Kaposi) mogła i w naszym przypadku przyczynić się do wystąpienia rogowca.

Piśmiennictwo.

Feldt: Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, str. 207. — Martenstein: Klin. Wochenschr. 1922, str. 2235. — Bruhns: Dermat. Wochenschr. 1924, t. 79, str. 945.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

W sprawie „Encephalitis postvaccinalis".

W r. 1926 dn. 19 czerwca przedstawiałem na posiedzeniu Klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego przypadek zapalenia mózgu w związku ze szczepieniem ospy *).

Stwierdziłem wówczas fakt, że jest to *pierwszy w piśmiennictwie polskiem* szczęśliwie i wcześnie *rozpoznany przezemnie przypadek tego cierpienia.*

Przypadek pochodził z praktyki prywatnej. Uważałem za obowiązek lekarski, aby przedstawić go w kole naukowem neurolo-

---

*) Przedstawiony na Posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego 20. V. 1927.

[1]) Przypisek przy korrekcie: Chora zgłosiła się dn. 14. VI. z świeżym nawrotem łuszczycy na łokciach i na uwłosionej skórze głowy. Rogowiec zaś ustąpił, nie pozostawiając żadnych zmian patologicznych, w skórze.

*) Posiedzenie Warszawskiego Tow. Neurologicznego. 19. VI. 1926. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 11. 1926.

gów, najbardziej powołanem do wydania opinji, która miała być stemplem wartościowym dla mojego przypadku i dla wszystkich podobnych przypadków, jakieby się w najbliższym sezonie mogły zjawić. Wkrótce po moim przypadku zjawił się drugi podobny, opisany przez Bogdanowicza w „Pedjatrji Polskiej" Nr. 7, 1926 z lojalnem odwołaniem się autora na *moją pierwszą* obserwację.

Po stwierdzeniu tych faktów nie kwapiłem się ze szczegółowym opisem w prasie lekarskiej swojej obserwacji a to z tego powodu, że przypadek wymagał dalszego uważnego badania przebiegu, na co potrzebny był dłuższy okres czasu.

Basia C., dziecko 13 miesięcy, jedynaczka, zdrowych młodych rodziców, dotąd zdrowa, zachorowała nagle dn. 5. VI. 1926 wśród gorączki do 42° w 8-ym dniu po szczepieniu ospy, która się na lewem ramieniu „przyjęła".

Gorączka w następnych 3 dniach od 38° do 38,8°, w 5-tym dniu choroby stan bezgorączkowy. Gorączce towarzyszy nadmierna senność, chwilami przechodząca w sopor, z którego tylko silne podrażnienia są w możności dziecko obudzić. Tętno 132. Oddech 30. Stan ten połączony jest z nieprzytomością i z drgawkami klonicznemi przeważnie obejmującemi całą lewą stronę ciała, które utrzymują się przez 6 dni. Z ustąpieniem drgawek i gorączki powraca przytomność i równocześnie stwierdza się porażenie kurczowe lewostronne kończyny górnej i dolnej oraz dolnej gałązki nerwu twarzowego lewego.

Zaznaczona sztywność karku, objaw Kerniga ujemny, objaw Brudzińskiego karkowy ujemny, objaw oczny Flataua ujemny. Przeczulica skóry.

Nakłucie lędźwiowe daje płyn jasny, przeźroczysty pod miernem ciśnieniem. Odczyny zapalne ujemne. Białka 0,03%, chlorku sodu 0.8%.

Osad płynu nie wykazuje pleocytozy, ani obecności bakteryj. Posiewy płynu ujemne. (Badanie w pracowni Prof. Paszkiewicza).. Badanie moczu bez zmian.

W 14-tym dniu choroby dziecko naogół ma się lepiej przy utrzymujących się porażeniach. Odruchy ścięgniste strony chorej wzmożone. Dziecko okazuje bezsenność i chimeryczność. Inteligencja, wzrok, słuch nie wykazują zmian. Czucie nie jest upośledzone.

W listopadzie a więc w 5 miesięcy potem zasięgała matka znów mojej porady lekarskiej z powodu złego wyglądu dziecka i z powodu drgawek w lewym policzku i lewych kończynach, górnej i dolnej. Drgawki występują często po kilka razy na dzień i mają charakter drgawek padaczkowych tonicznych; z wyraźną atetozą lewostronną. Niedowład spastyczny utrzymuje się, jakkolwiek czynność ruchowa kończyn poprawiła się od czerwca. Obwód uda, podudzia, ramienia i przedramienia wykazuje po stronie lewej zmniejszenie do 1 cm. dochodzące. Brak wyraźnego zaniku mięśni poza zachowaniem ich rozwoju w związku z nieczynnością. Przez następne 2 miesiące trapiła dziecko bezsenność; codzień budziło się ono o 3-ciej godzinie rano i nie okazując żadnego zmęczenia, przystępowało do zwykłych zabaw.

Ze wszystkch stosowanych środków najskuteczniejszym okazywał się Gardenal. Od lutego 1927 znowu poprawa, sen powrócił normalny, drgawki są rzadsze, co 2, 3 dni i krótkotrwałe, występują one zwykle pod wpływem afektu, jak przestrach. Apetyt jest lepszy.

Badanie 29 marca 1927 wykazuje: dziecko umysłowo normalnie rozwinięte, źrenice oddziaływują na światło i konwergencję. Brak zmian w obrębie nerwów czaszkowych, pozatem kurczowy niedowład kończyn lewych słabego stopnia. Mieśnie kończyn wykazują nieznaczne zaniki z nieczynności. Chodząc, dziecko ociera stopą lewą o podłogę nieco więcej niż normalnie, przyczem wykazuje niepewność i nieznaczny lęk. Lewą kończynę górną trzyma odwiedzioną i wyprostowaną w stawie łokciowym. Odruchy kolanowy i Achillesa żywsze po stronie lewej, niż po prawej na lewej nodze stwierdza się skłonność do Babińskiego, natomiast w górnej kończynie lewej tylko wzmożenie napięcia mięśniowego. W czasie badania obserwuje się krótki atak drgawek tonicznych w lewej kończynie górnej, bez utraty przytomności. Atakowi towarzyszy w następstwie atetotyczne rozstawienie palców lewej ręki. Brak zaburzeń mowy. Czucie żadnych zmian nie wykazuje.

W przypadku tym objawy piramidowe wyrażają się różnicą odruchów, skłonnością do Babińskiego i wzmożonem napięciem mięśniowem kończyny górnej. Natomiast toniczny charakter drgawek bez przejścia w fazę kloniczną i atetotyczne ustawienie palców niewątpliwie świadczy o zajęciu także dróg pozapiramidowych. Neurolog kol. W. Tyczka, z którym konsultowałem u dziecka chorego, na pytanie czy bezwzględnie może wykluczyć możliwość nietypowej postaci *encephalitis lethargica*, odpowiedział przecząco, „zastrzegając się jednak, że zespół objawów i przebieg kliniczny tego przypadku upoważnia jedynie do rozpoznania *encephalitis infectiosa*".

Obserwacja moja od początku odbywała się w domu prywatnym. Dlatego brak w niej wielu szczegółów laboratoryjnych, wymaganych w klinicznym opisie choroby.

Przedstawiając przypadek powyższy na czerwcowem posiedzeniu Warszawskiego Tow. Neurologicznego w r. 1926 użyłem w rozpoznaniu z rozmysłem nomenklatury *encephalitis epidemica* po szczepieniu ospy. Kiedy w dyskusji poszczególni koledzy neurologowie robili mi zarzut z powodu wprowadzenia nazwy nieuzasadnionej klinicznie, która niepotrzebnie stwarza konfuzję i przesądza możliwość choroby Economo, w danym przypadku zasługującej na zupełne wykluczenie, odpowiedziałem, że użyłem nazwy *encephalitis epidemica* przez kurtuazję dla autorów holenderskich: Bouwdyk, Bastianse i Terburgh, którzy pierwsi w r. 1925 z Bijlem, Levaditim i Nicolau przedstawiając większy materjał obserwacyjny przed Akademją Medyczną w Paryżu tem mianem a nie innem tę jednostkę chorobową nazwali. Nie uważałem się za powołanego do zmiany tej nazwy, nie chcąc przez to bynajmniej imputować przypadkowi demonstrowanemu charakteru *encephalitis Economo*. Przypadek mój zresztą wówczas był jeszcze ciepły i nie miał czasu przebiegiem swoim klinicznym się wypowiedzieć. Słowo *epidemica* było uzasadnione ze względu na okoliczność, że po moim przypadku w tym samym niemal tygodniu, a więc jak w epidemji, przybyło do szpitala Karola i Marji w Warszawie drugie dziecko mniej więcej w tym samym wieku z podobnemi choć lżejszemi objawami chorobowemi w związku ze szczepieniem ospy, dziecko opisane przez kol. Bogdanowicza.

Oprócz tych względów chodziło mi także o stworzenie pewnego fermentu wśród neurologów, celem podniecenia ich żywej uwagi w pewnym konkretnym kierunku. Uważałem, że właśnie wdzięcznem zadaniem dla neurologów będzie wysiłek zrobiony w kierunku rozwiązania zagadki, czy *encephalitis postvaccinalis* może mieć jakiekolwiek powinowactwo kliniczne z *encephalitis lethargica*, czy nie. Bo rozumiałem,że sprawa ta nie jest taka prosta i rozwiązać ją może tylko neurolog. A Bastianse jest także neurologiem szpitala św. Jana Bożego w Haye i można się z jego rozwiązaniem zgadzać lub nie zgadzać, ale w każdym razie należy na wypadek niezgody przeciwstawić przekonywujące argumenty, oparte na jaknajdokładniej opracowanym bogatym materjale klinicznym. Dotychczasowy materjał dostarczony przez literaturę jest dość chaotyczny i wynosi według dostępnych mi źródeł w sumie około 100 przypadków.

Jeżeli podkreśliłem szczególnie nazwiska autorów holenderskich, to zrobiłem to dlatego, że oni pierwsi oparli swoje obserwacje na większym materjale, bo obejmującym 34 przypadki i przez swoje ogłoszenie pierwsi zrobili większe wrażenie w tym kierunku w świecie naukowym Europy. Nie znaczy to, aby nikt przed nimi nie obserwował tego zjawiska. Już w r. 1912 H. Turnbull i Mc. Intosh spostrzegali w Anglji takie przypadki, ale kamunikaty ich, podobnie jak doniesienia późniejsze Lukscha z r. 1920 przeszły bez echa. Jak wiadomo badania histopatologiczne ośrodków nerwowych wszystkich tych autorów z różnych krajów i w różnych latach wykazały zmiany *encephalomyelitis* podobne do tych, jakie charakteryzują chorobę Economo.

Jeżeli przyjąć w założeniu, że wykluczone jest *encephalitis vaccinalis* jako takie t. j. przez samą wakcynę wywołane, to równocześnie przyjmuje się możliwość aktywacji różnych zarazków zapalenia mózgu a w takim razie także możliwość aktywacji i zarazków *encephalitidis lethargicae*, niekoniecznie w każdym, ale w poszczególnych przypadkach.

Czy nasz przypadek przyczynia się do wyjaśnienia etjologji tej encephalopatji? Czy nosi on w swojej fizjognomji cechy, któreby usprawiedliwiły i w jakim stopniu przypuszczenie działania chorobowego zarazka *encephalitis epidemica?*

Oczywiście trudna jest na to odpowiedź. Niemniej stwierdzam z dozą wielkiego prawdopodobieństwa, że przypadek ten dziś a więc po 9 miesiącach, przedstawiony neurologom warszawskim, nie wywołałby tej samej opinji odtrącającej a limine możliwość tła letargicznego. Przedstawić go nie mogę, niestety, z powodów odemnie niezależnych.

Czy w przypadku tym stwierdzona bezsenność w ½ roku po wybuchu choroby trawiąca dziecko przez 2 miesiące nie miałaby prawa odgrywać pewnej roli w konsyderacjach nad charakterem przebytego *encephalitis*. Czy dalej objawy pozapiramidowe których nie mógł się nie dopatrzeć neurolog, stoją na przeszkodzie temu, aby się nad wydaniem przedwczesnego wyroku zastanowić? Obserwowaną atetozę połowiczą poporażenną, do której skłonny jest szczególnie wiek dziecięcy, należy uważać za późny objaw podrażnienia zwojów podkorowych, zwłaszcza łupiny jądra soczewkowatego i jądra ogoniastego.

Czy my nie wiemy jak to bywa z chorobami zakaźnemi? I jak nieraz zakażenia (choćby takie jak gruźlica, lub kiła) przebiegają rozmaicie pod zmienną maską swojej cechy polimorfizmu nietylko klinicznego, ale i anatomicznego? Czy w danym wypadku nonsensem jest przypuszczenie, że samozakażenie wakcyną Jennerowską mogło wpłynąć na zmianę maski choroby Economo i mogło spowodować zmianę jej klasycznie rasowej postaci klinicznej?

Znane są w klinice chorób zakaźnych najrozmaitsze poronne postaci zakażeń o mniej, lub więcej nietypowym, lub często „ambulatoryjnym“ przebiegu, które noszą nieraz zaledwie dostrzegalny ślad „standartowego“ zakażenia. Widuje się takie dury brzuszne, widziało się przed 2 latami taką epidemję czkawki, którą świat neurologów uznał za poronną postać *encephalitis Economo*. Któremu klinicyście nie jest znany dyfteryt ciężki, urągający wszelkiej najenergiczniejszej seroterapji i któremu klinicyście nie jest znany tensam Löfflerowski dyfteryt przebiegający lekko w postaci niewinnego *rhinitis, pharyngitis*, czy *vulvitis*, nie wymagająca częstokroć żadnego specyficznego leczenia i uchodząca niejednokrotnie uwagi lekarza?

Z wykryciem takiego poronnego nadzwyczaj częstego dyfterytu nie ma lekarz doświadczony wielkich trudności; wystarczy aby,znając polimorfizm kliniki dyfterytu, poddał badaniu bakterjologicznemu podejrzaną wydzielinę zapalną w celu poznania istoty rzeczy. Oczywiście z chorobą Economo, której zarazek jest nieznany, sprawa nie jest tak łatwa. Tu najwyżej ucieka się lekarz do szczepienia płynu mózgowo-rdzeniowego na rogówce królika i w przypadku negatywnego wyniku ma słabe prawo niewykluczenia choroby Economo. W moim przypadku w tym kierunku płynu nie badano. W przypadku kol. Bogdanowicza dało szczepienie na rogówce królika wynik ujemny. A było to w jednym okresie czasu, gdzie więc dla obydwóch przypadków możnaby przypuszczać wspólny *genius epidemicus*.

W związku ze wspomnianą poronną postaciowością chorób zakaźnych pozwolę sobie przytoczyć przypadek, którego nie chcę bynajmniej uważać za niezbity dowód obserwowanego *encephalitis lethargica abortiva post vaccinationem*, ale który mimo to był dla mnie, jako dla pedjatry, zastanawiający i bynajmniej nie taki zwykły.

Dnia 7 lutego b. r. byłem wezwany nocą do znanego mi już poprzednio dziecka: Marysi Krz., 8 mies., która w 7 dni po szczepieniu ospy zareagowała nagle wysoką gorączką do 41°, gwałtownemi wymiotami i sennością, przechodzącą w głęboki sopor. Dziecko dotąd nigdy ciężko nie chorowało i nie wykazywało chorobliwej konstytucji. Stan ten utrzymywał się przez 2 doby. Drgawek nie stwierdziłem. Odruch źrenicowy na światło i konwergencję zachowany, odruchy ścięgniste zachowane. Przeczulica skóry. Sztywność karku wyraźna. Tętno przyspieszone 144. Oddech: 36. Śledziona niemacalna. Stan nosa, gardła i płuc bez zmian. Stolec stały, dobry. Żadnego błędu pokarmowego nie stwierdziłem. Zmuszony byłem uważać stan za związany przyczynowo z przebytem szczepieniem ospy, a ponieważ objawy niepokojące po 2 dniach ustąpiły bez śladu, nieprzyzwyczajony do tego, aby obserwować stany takie u dzieci bez przyczyny konstytucyjnej, zakaźnej lub pokarmowej — przypuszczam, że miałem do czynienia z poronną postacią zakażenia zarazkami chorobotwórczemi encephalotropowemi, aktywowanemi przez *virus vaccinalis*. Przypuszczam, że była to poronna postać *encephalitis post vaccinationem* — nie wiem — być może *encephalitis Economo*.

Sprawa dopatrywania się powinowactwa z *encephalitis Economo* w postaciach zapaleń mózgu po szczepieniu ospy jest sprawą nadzwyczaj delikatną i nie pokutowałaby wogóle w refleksjach na ten temat, gdyby nie spostrzeżenia owych autorów holenderskich. Bouwdyk, Bastianse i Terburgh. Dlatego nie od rzeczy będzie przytoczyć stan faktyczny, stworzony przez wspomnianych autorów.

Według spostrzeżeń tych autorów obejmujących 34 przypadki u dzieci w wieku od 4—6 lat (angielscy autorzy wspominają także o dorosłych) w czasie, kiedy krosta ospowa po szczepieniu normalnie się rozwijała, zauważyli oni w niektórych przypadkach występowanie nagłych wymiotów i bólów głowy, po których zjawiała się znaczna senność. Ciepłota dochodziła do 40°. Nazajutrz zjawiały się drgawki, jużto połowicze, jużto umiejscowione w jednej tylko kończynie. We wszystkich przypadkach stwierdzano objaw Babińskiego, jednostronny lub obustronny, i to w czasie powrotu przytomności, albo też po kilku dniach skończonej senności. Raz stwierdzono porażenie połowicze i porażenie gałązki czołowej nerwu twarzowego. Inerwacja mięśni ruchowych gałki nie wykazywała zaburzeń. Nakłucie lędźwiowe stwierdzało albo stan normalny płynu mózgowo-rdzeniowego, albo pleocytozę ze zwiększoną ilością białka i czasem lekką glikoruchią. Śmiertelność wynosiła w czasie epidemji holenderskiej 41,2%. Zmiany anatomo-patologiczne odpowiadały zupełnie zmianom stwierdzonym przez Luckscha i Turnbulla i były „tak charakterystyczne, że nie wahano się ani na chwilę w ustaleniu *encephalitis lethargica;* badania mikroskopowe Luckscha wykazały na powierzchni mózgu naciek okołonaczyniowy z limfocytów i komórek plazmatycznych, i zmiany te odpowiadają zmianom obserwowanym w *encephalitis epidemica Economo*“. Według Bastianse, zmiany te (mankiety okołonaczyniowe i małe komórki gliowe, neuro-nophagia) są umiejscowione przedewszystkiem w białej substancji i mają wygląd ognisk rozsianych w korze mózgowej, w torebce wewnętrznej, w wielkiem spoidle mózgu, w przegrodzie przejrzystej i w *locus niger*. W każdym razie według autora zmiany te różnią się od zmian spotykanych w *encephalitis lethargica* w tem znaczeniu, że w tej ostatniej w pierwszej linji występuje umiejscowienie w istocie szarej z predylekcją dla śródmózgowia, „rękawy“ około-naczyniowe są utworzone w większej mierze przez limfocyty.

Czy istnieje tożsamość między zmianami histologicznemi w *encephalitis postvaccinalis* u człowieka i *morbus Economo*, czy nie? Jest faktem, że zmiany te są wyraźnie miąższowe i naczyniowe i ponad wszystko rozsiane w całości układu nerwowego centralnego.

Ten charakterystyczny obraz histopatologiczny *encephalitis postvaccinalis* autorów angielskich i holenderskich dał powód niedawno autorom francuskim C. Levaditiemu i S. Nicolau z Instytutu Pasteura do wysnucia interesujących wniosków na temat etjologji zapalenia mózgu po szczepieniu ospy. Autorowie ci chcąc sobie dać odpowiedź na pytanie, czy *encephalitis postvaccinalis* jest skutkiem umiejscowienia w mózgu i rdzeniu *virus* szczepiennego o wyjątkowych właściwościach neurotropowych, poddali szympansy szczepieniu śródmózgowemu za pomocą wysokich dawek neurowakcyny. Substancja mózgowa ulegała zakażeniu wakcyną wśród objawów podrażnienia oponowego, które się kończyło śmiercią zwierzęcia. Na sekcji stwierdzali autorowie ogólne ostre zapalenie krwotoczne opon i ognisko *miejscowe szczepionkowe (pustula cerebralis)* bez żadnego oddźwięku w miąższu nerwowym, lub w naczyniach różnych innych odcinków układu nerwowego ośrodkowego. Właśnie w tym kontraście właściwości histopatologicznych sprawy zapalnej, wywołanej przez neurowakcynę a więc jad wakcyny, i procesu *encephalitis postvaccinalis*, widzą autorowie dowód, że *encephalitis postvaccinalis* jest zakażeniem substancji mózgowej spowodowanem przez *inny zarazek*, niż wakcyna Jennerowska. Z jednej strony bowiem anatomja patologiczna stwierdza ostre zapalenie mózgu uogólnione z zapaleniem okołonaczyniowem, z drugiej strony stwierdza tylko pustule mózgową odciętą i rozlane zapalenie mózgu, obejmujące wypukłość i podstawę mózgu.

Dla autorów francuskich fakt, że dotąd nie udało się przenieść *encephalo-myelitis postvaccinalis* królikowi przez zaszczepienie materjału z poszczególnych przypadków chorobowych, przemawia na korzyść *encephalitis Economo*.

Również i badania epidemjologiczne badaczów holenderskich, wykazujące, że krzywa chorobowości *encephalitis postvaccinalis* trzyma się równo krzywej choroby *Economo* dowodzi, zdaniem autorów francuskich, że inokulacja szczepienia Jennerowskiego w czasie epidemji *encephalitis lethargica* może wywołać *encephalitis* u nosicieli, lub u zagrożonych chorobą.

Gdy się wprowadzi virus herpeto-encephalityczny (szczep Carnot) na błonę śluzową nosa królika i gdy się równocześnie wszczepi neurowakcynę w skórę zwierzęcia, to wtenczas często stwierdza się, że zwierzę zapada na *encephalitis herpetica*.

Odbywa się to tak, jakgdyby zakażenie krowiankowe robiło substancję mózgową skłonniejszą na przyjęcie zarazka herpetoencephalitycznego.

Zdaniem tych badaczów studja nad etjologją *encephalitis postvaccinalis* nie pozwalają ustalić z całą pewnością natury powikłania szczepienia ospowego. „W każdym razie virus wakcyny Jennerowskiej nie jest bezpośrednią przyczyną tej choroby mózgowej. Być może, że zakażenie szczpienia ospowego osłabia środki ochronne organizmu, a specjalnie odporność jego układu nerwowego, i że wywołuje u pewnych nosicieli zarazka sprawę zakaźną z umiejscowieniem w substancji mózgowej prawdopodobnie tej samej natury, co choroba Economo“.

Jest w tych poglądach autorów francuskich niezawodnie duch czasu. Przypominają mi one teorję Sanarellego o patogenezie duru brzusznego. Autor ten stworzył w piśmiennictwie pojęcie enterotropizmu bakterji durowych i ze swojego punktu widzenia dopuszcza możliwość autogennego rozwoju zakażenia durowego pod wpływem pewnych najrozmaitszych sprzyjających okoliczności i bodźców wewnętrznych. Koncepcja ta zgadzałaby się z odkryciem Cornwalla, który stwierdzał częstą obecność prątków durowych u człowieka bez jakichkolwiek objawów chorobowych. Pod wpływem dopiero jakichś urazów nieuchwytnych przychodzi u nosiciela tych pasorzytujących bakteryj do ich aktywacji w razie zachorowania. Także

Puntoni, uczeń Sanarellego, wykazał, że długotrwałe wziewanie gazów gnilnych w małych ilościach przez myszy białe powoduje u nich toksyczną śmiertelną *enteritis* spowodowaną przez bakterję durowe i paradurowe, które nagle nabrały zjadliwości, a których przedtem nie udawało się wyhodować u zwierząt.

W rozwoju *encephalitis postvaccinalis* momentem prowokującym aktywację takich lub owakich zarazków neurotropowych, pasorzytujących niewinnie u człowieka, jest niezawodnie sam uraz szczepienia ospy, t. j. wprowadzenie do ustroju obcego białka, powodujące w następstwie osłabienie odporności ustroju i może obniżenie zdolności bakterjobójczych surowicy krwi. Jeżeli w danym okresie czasu panuje epidemicznie *encephalitis Economo*, o której wiemy, że w zasadzie nawiedza i dzieci, to łatwo zrozumieć, że i wśród dzieci może być tu i ówdzie jakiś nosiciel tego zarazka. Pod wpływem bodźca zewnętrznego, jakim jest szczepienie ospy, może przyjść u tego lub owego nosiciela zarazka choroby Economo do allergji chwilowej ustroju i tem samem do aktywacji dotąd nieszkodliwego zarazka tej choroby mózgowej.

Oczywiście pogląd taki z jednej strony tłumaczy i uprawnia do przyjęcia możliwości przypadkowego rozwoju *encephalitis lethargica* pod wpływem szczepienia ospy,z drugiej strony ułatwia zrozumienie, że także inne neurotropowe zarazki zależnie od panującego *genius epidemicus* mogą być zmobilizowane i w skutku spowodować taką, lub owaką postać *encephalitis*.

Że u dziecka wakcyna ospowa, podobnie jak i inne białko, pozajelitowo wprowadzone, zdolna jest zmienić allergię ustroju, wiadomo każdemu pedjatrze. Keller i Moro, znani pedjatrzy niemieccy stwierdzili, że często u dzieci niezakożonych gruźlicą, oddziaływujących ujemnie na śródskórny odczyn tuberkulinowy — przychodzi do allergji pod wpływem uprzedniego zaszczepienia ospy i dzieci takie wykazują dodatni odczyn na tuberkulinę.

Uprzednie zaszczepienie ospy u dziecka wystarcza do tego, aby z dotychczas tuberkulin-ujemnego stało się tuberkulin-dodatniem — zupełnie tak samo, jak to jest z uprzedniem wstrzyknięciem surowicy, po której również następuje zmiana oddziaływania ustroju dziecka na odczyn tuberkulinowy.

Orgler i Koch z Wiesbadenu opisali częste występowanie anginy po szczepieniu ospy. Jest to również zdaniem Moro fakultatywne zjawisko uboczne allergji szczepiennej. Zjawisku temu nadał autor nazwę parallergji.

Jeżeli więc chodzi o analogję z *encephalitis* po szczepieniu ospy — to jest to również zachorowanie wskutek zmienionej przez wakcynę ospową allergji.

W klinice odry obserwuje się od czasu do czasu *encephalitis* w związku z zejściem odry. Prawdopodobnie należałoby i to schorzenie uważać za zjawisko parallergji w rozumieniu Moro.

Widoczne z tego, że zgodnie z doświadczeniami Nicolau i Levaditiego, sam virus krowianki, jako takiej, nie może wywołać *encephalitis postvaccinalis*, ale że choroba ta jest tylko zjawiskiem parallergicznem, podobnie jak angina po szczepieniu ospy, lub nagła właściwość zmniennego oddziaływania skóry na wprowadzoną doskórnie tuberkulinę.

Stwierdzenie takiego uszkodzenia zdrowia, jakiem jest *encephalitis postvaccinalis*, nie może więc stanowić dla żadnego wykształconego lekarza argumentu przeciw uznanej potrzebie ochronnego państwowego szczepienia ospy, które jest do dziś niedościgłym ideałem wszystkich zapobiegawczych szczepień ochronnych wogóle. Jakkolwiek mechanizm i etjologja tego uszkodzenia mózgowego jest mniej lub więcej hipotetyczna, to fakt pozostaje faktem, że uszkodzenie takie w czasie szczepienia ospy może mieć miejsce; a jeżeli tak jest, to potrzeba, aby o tem świat lekarski wiedział. Uważam, że o wszelkich kazuistycznych spostrzeżeniach na ten temat winien lekarz z obowiązku donosić, a nie przemilczać ich, bo każda najdrobniejsza obserwacja może stać się pożytecznym przyczynkiem dla „wyciągnięcia konkretnych wniosków zapobiegawczych przeciw temu rzadkiemu złu".

I tak w razie np. stwierdzonej epidemicznie panującej choroby ośrodkowego układu nerwowego wypadałoby się na czas grasującej epidemji wstrzymać czasowo ze szczepieniem ospy, podobnie jak wstrzymujemy się ze szczepieniem ospy u dzieci chorych, gorączkujących, zołzowatych, czy dotkniętych w wyższym stopniu skazą wysiękową. Należy się bowiem w czasie epidemji *encephalitis* liczyć z możliwością nosicielstwa zarazków wśród dzieci. To samo oczywiście możnaby powiedzieć o *poliomyelitis anterior acuta*, której występowanie w związku ze szczepieniem ospy dawno już był sygnalizował Heubner.

Piśmiennictwo.

Bouwdyk, Bastianse: Bull. de l'Acad. de méd. 44, 1925, p. 29. — Bogdanowicz J.: Pedjatrja Polska. Z. 7, T. VI, 1926. — E. Fiedler: Zeitschrft. f. Kindh. 42 Bd. 1926. — Kino: Med. Klin. Jg. 21, Nr. 7, 1925. — Leiner: Med. Klin. 1926, Nr. 12. — Levaditi C. et Nicolau S. et Sanchis Bayarri: Presse Méd. Nr. 11. 1927. — Levaditti et Nicolau: Ann. Past. 1923 t. XXXVII. Ann. Past. 1926, t. XL. C. R. Soc. de Biol. 1926, t. XCIV. — Lucksch F.: Med. Klin. 1925, Nr. 37, 1924, Nr. 34. Centralbl. f. Bakt. 1925, t. XCVI. — Moro E. u. W. Keller: Dtsch. med. Woch. Jg. 52, Nr. 11, 1926. Mon. f. K. Bd. 34, 1926. — Moro E. u. W. Keller: Jahrb. f. Kindh. Bd. 113, Bd. 63, 1926. — Pos. Warsz. Tow. Neurol. 19. VI. 1926. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 11, 1926.

Dr. S. NEUMARK. Łódź.

O leczeniu niektórych schorzeń skóry insuliną.

Z ambulatorjum chorób skórno-wenerycznych Kasy Chorych w Łodzi.

W związku z wzrastającem znaczeniem, jakie przypisujemy zaburzeniom czynnościowym gruczołów dokrewnych w powstawaniu wielu zmian chorobowych skóry, opoterapja zyskuje w dermatologji coraz to większe zastosowanie. Nic więc dziwnego, że gdy z chwilą odkrycia insuliny otrzymaliśmy możność oddziaływania na przemianę wodanów węgla, a po części i tłuszczów w ustroju, leczenie insuliną znalazło podstawy w tych mianowicie stanach chorobowych skóry, w patogenezie których niedomoga trzustki lub też zaburzenia w wydzielaniu innych gruczołów odgrywają rolę. Toteż stwierdzenie hiperglikemji w niektórych cierpieniach skóry jak naprzykład w przypadkach owrzodzeń podudzi, guzków żółtych (*Xanthoma tuberosum multiplex*), łuszczycy — nasunąć musiała myśl leczenia tych schorzeń insuliną.

Pautrier, Ambord, Schmid i Salmon (1) zastosowali insulinę w jednym przypadku owrzodzenia podudzi na tle żylaków u kobiety cierpiącej na moczówkę cukrową i spostrzegli znaczne zmniejszenie się owrzodzenia. Zachęceni tym wynikiem Pautrier, Ambard, Schmid i Lévy (2) leczyli insuliną jeszcze dwa przypadki owrzodzeń podudzi.

Szczęśliwe wyniki leczenia insuliną stwierdzili ci sami autorzy u chorych z normalną glikemją, stosując insulinę miejscowo w postaci okładów. Wreszcie Pautrier, Schmid i Robert (3) uzyskali wyleczenie owrzodzenia podudzi u 90-letniej staruszki, przysypując je proszkiem, zawierającym insulinę zmieszaną z laktozą i siarczanem sodu, zaś Pautrier, Schmid i Ullmo (4) w dwu przypadkach przewlekłych, atonicznych owrzodzeń podudzi z normalną glikemją osiągneli znakomite wyniki za pomocą stosowania miejscowo maści insulinowej.

Spostrzeżenia te są szczególnej wagi, gdyż wynikałoby z nich poniekąd, że insulina działa nietylko przez obniżenie poziomu cukru we krwi, lecz, oddziaływując bezpośrednio na odżywianie się tkanek ustroju, umożliwiają im celowe zużytkowanie i spalanie wodanów węgla.

Dodatnią rolę insuliny w leczeniu przewlekłych owrzodzeń podudzi stwierdzili oprócz tego Ambard i Schmid (5) u 14 chorych z normalną glikemją, następnie Faure-Beaulieu i David (6), którzy w 10 na 14 przypadków owrzodzeń podudzi skonstantowali hiperglikemję (od 1.67‰ do 2.77‰ bez obecności cukru w moczu). W tych 10 przypadkach rozległych i zastarzałych owrzodzeń podudzi leczenie insuliną miało wynik bardzo dobry. W wielu przypadkach następowało szybkie zmniejszanie i zabliźnianie się owrzodzenia. W jednym przypadku z dodatnim odczynem Wa leczenie przeciwkiłowe pozostało bez skutku, podczas gdy insulina spowodowała w przeciągu 2 miesięcy zmniejszenie się owrzodzenia.

Chabanier, Lumière et Lebert (7) również spostrzegali w 10 przypadkach owrzodzeń żylakowych podudzi u osobników z normalną glikemją skuteczne działanie insuliny na zabliźniania się owrzodzeń. Insulina była stosowana przez wymienionych autorów podskórnie (2 razy dziennie po 40 jednostek) lub też miejscowo w postaci opatrunków z maści insulinowej (insulina zmieszana z lanoliną i wazeliną). W kilku przypadkach uzyskane było zupełne zabliźnienie się owrzodzenia. Według Chabanier, Lebert et Lobo Onell (8) insulina ma również dodatni wpływ na zabliźnianie się ran pooperacyjnych. Spostrzeżenia zarówno doświadczalne, jak i kliniczne Adlersberg'a i Perutz'a (9) przemawiają za tem, że insulina miejscowo stosowana (20—30 kropel insuliny Wellcome, ponadto opatrunek z waseliny) potęguje zdolność odnawiania skóry i oddziaływa w bardzo dodatni sposób na gojenie się owrzodzeń.

Miałem możność zastosowania insuliny w 12 przypadkach owrzodzeń podudzi, przeważnie rozległych i zastarzałych na tle żylaków. W 4 z tych przypadków poziom cukru we krwi na czczo przewyższał 1.2‰ (w jednym przypadku wynosił 1.5‰, w 3 zaś innych — 1.25‰). Z początku wstrzykiwałem insulinę podskórnie i śródnaskórkowo, następnie w celu przekonania się o wartości miejscowego leczenia stosowana była insulina w większości przypadków w postaci okładów, zmienianych codzień. Na każdy taki

okład zużytkowane były w zależności od wielkości owrzodzenia 20—40 jednostek insuliny.

Jako bezpośredni wynik leczenia miejscowego insuliną, widziałem szybkie oczyszczanie się owrzodzenia już po pierwszych opatrunkach. Zastarzałe owrzodzenia pokryte brudną, cuchnącą, zielonkawo-ropną wydzieliną przyjmowały wygląd owrzodzeń, znajdujących się w drodze do zabliźnienia; dno pokrywało się czerwoną, połyskującą ziarniną; bóle, na które chorzy narzekali znikały przeważnie, tak, że pierwsze wrażenie było jaknajlepsze.

Jednakowoż nie mogłem stwierdzić tak wybitnej poprawy i szybkiego gojenia się owrzodzeń pod wpływem miejscowego leczenia insuliną, o jakich donoszą wymienieni autorzy. Być może, że niepomyślne warunki były częściowo temu przyczyną, gdyż ambulatoryjni chorzy zmuszeni byli podczas leczenia nadal pracować w fabryce, przeważnie stojąc, co utrudniać musiało gojenie się owrzodzeń wskutek ciągłej zastoiny żylnej w związku z istniejącymi żylakami. Jeżeli więc z wyjątkiem jednego przypadku nie mogłem stwierdzić doskonałych wyników leczenia owrzodzeń podudzi miejscowymi okładami oraz w niektórych przypadkach i insulina zastosowana podskórnie, jednakowoż pewna poprawa dała się w większości przypadków zauważyć, zwłaszcza w tych, które odznaczały się zwiększonym poziomem cukru we krwi.

Jeden przypadek owrzodzeń podudzi, leczony insuliną podaję obszerniej:

S. M., lat 38, cierpi od 30. XI. 1924 na owrzodzenia lewego podudzia na tle żylaków.

19. V. 1925. Na przedniej stronie lewego podudzia owrzodzenie wielkości dłoni dziecka o zarysach policyklinicznych, o brzegach ostro ściętych, dnie głęboko wdrążonem i pokrytem brudnym szarawo-zielonkawym nalotem. 3 cm. nazewnątrz owrzodzenie wielkości 20 groszówki kształtu owalnego o brzegach ostro ściętych i dnie pokrytem takim samym nalotem. Skóra dokoła większego owrzodzenia zbliznowaciała, barwy sino-czerwonej. Żylaki na obydwu podudziach. Ze względu na wygląd owrzodzeń krew była badana na odczyn Wassermanna. Badanie dało wynik ujemny.

Morfologiczne badanie krwi: ciałek czerwonych 3.950.000, białych — 10.000, z tych obojętnochłonnych — 77%, eozynochłonnych — 2%, limfocytów małych i dużych — 17%, jednojądrzastych i przejściowych — 4%. Nie bacząc na ujemny wynik badania krwi chora była poddana leczeniu przeciwkiłowemu.

Od 22. V. do 18. VI. 1925 r. chora otrzymała 8 wstrzyknięć bizmutowych śródmięśniowo i jedno neosalwarsanu 0.45 gr. dożylnie. Oprócz tego stosowane były okłady z wody Burowa. 13. VI. i 27. VI. 1925 r. ponowne badania krwi na odczyn Wa wykazały wyniki ujemne.

22. VI. 25. Brzegi owrzodzenia cokolwiek przypłaszczone, dno nieco oczyszczone; gdzieniegdzie czerwona ziarnina.

24. VI. 25. Cukru we krwi naczczo — 1.5‰ bez obecności cukru w moczu.

Od 24. VI. do 3. VII. 25 r. zastosowano wstrzyknięcia krwi własnej w ilości 3 ccm. dokoła owrzodzeń co 3 dni, ze skutkiem niewyraźnym. Wobec tego chora była leczona wyłącznie insuliną podskórnie w dawkach 20—50 jednostek co 1—2 dni

Od 9. VII. do 22. VII. 25 r. chora otrzymała 240 jednostek.

24. VII. 25. Cukru we krwi naczczo — 1.4‰. Znaczna poprawa. Owrzodzenia na przedniej stronie lewego podudzia mniejsze, brzegi zupełnie przypłaszczone, dno wypełnione bujającą czerwoną ziarniną; skóra dokoła większego owrzodzenia ma wejrzenie bardziej normalne. Leczona nadal insuliną podskórnie i śródnaskórkowo.

30. VII. 25 r. badanie wykazało zawartość cukru we krwi — 0.92‰.

Od 13. VIII. 25. zastosowana była insulina miejscowo w postaci okładów oraz śródnaskórkowo w ilości 3 bąbli po 0.2 ccm.

22. VIII. 25 r. Cukru we krwi naczczo — 1.35‰.

Owrzodzenie na przedniej stronie lewego podudzia wypełnione do powierzchni skóry otaczającej czerwoną ziarniną; samo owrzodzenie znacznie zmniejszone. Mniejsze owrzodzenie zupełnie zagojone. Skóra dokoła owrzodzenia barwy różowej daje się unieść w fałd.

Morfologiczne badanie krwi: Hmglb. — 85%, ciałek czerwonych — 4.700.000, białych — 5.100, z tych obojętnochłonnych — 63%, eozynochłonnych — 4%, limfocytów małych i dużych — 31%, przejściowych — 2%.

7. IX. 25, chorej wstrzyknięto 20 jednostek insuliny głęboko podskórnie dokoła owrzodzenia, poczem znaczny obrzęk podudzia z zaczerwienieniem skóry, podwyższoną miejscową ciepłotą i rwaniem w kościach.

9. IX. 25. Pod okładami z wody Burowa obrzęk mniejszy, ciepłota miejscowa jeszcze powiększona. Owrzodzenie w dalszym ciągu pokrywa się naskórkiem.

Wskutek braku insuliny stosowano tylko okłady i maść Mikulicza.

17. IX. 25. Pogorszenie. Owrzodzenie nieco powiększone na obwodzie i pokryte cuchnącą wydzieliną. Nadal okłady z wody Burowa.

21. IX. Dalsze pogorszenie; owrzodzenie znacznie powiększone i pokryte zielonkawo-ropną wydzieliną. Okłady, miejscowe kąpiele.

3. X. 25. Czyrak w okolicy lędźwiowej. Zastrzyknięto krew własną dokoła czyraka i przepisano dietę możliwie ubogą w wodany węgla.

27. X. 25. Bardzo znaczna poprawa. Chora była na wsi w przeciągu 3 tygodni, mało chodziła, zachowywała dietę (chleb razowy, herbata bez cukru, żadnych mącznych potraw, jedynie kartofle z barszczem) i stosowała okłady z wody Burowa raz dziennie. Owrzodzenie wielkości 3 x 5 cm. o dnie wypełnionym czerwoną ziarniną; skóra dokoła owrzodzenia barwy różowej, miękka i daje się unieść w fałd.

2. XI. 25. Chora wskutek stosowania diety schudła znacznie. Cukru we krwi naczczo — 1.33‰. Owrzodzenie z wyjątkiem małej środkowej części zupełnie zabliźnione.

Badanie układu nerwowego roślinnego metodą atropinową według Daniélopolu wykazało hipowagotonię:

Tętno w zupełnym spokoju i w pozycji leżącej — 96, po wstrzyknięciu 1.2 mg. atropiny dożylnie tętno w pozycji leżącej — 122, w pozycji stojącej — 130—132, z powrotem w pozycji leżącej — 122. Różnica między tętnem po sparaliżowaniu nerwu błędnego, a tętnem początkowem — 26 (normalnie — 52 według Daniélopolu).

10. II. 26. Owrzodzenie podudzia od kilku dni zupełnie zagojone. Cukru we krwi naczczo — 0.86‰. Chora straciła dużo na wadze z powodu niedokarmiania.

W tym przypadku leczenie insuliną miało niewątpliwy wpływ na gojenie się owrzodzenia. Z chwilą zaprzestania stosowania insuliny nastąpiło znaczne pogorszenie. Dieta możliwie uboga w wodany węgla, granicząca z niedokarmianiem spowodowała zupełne zabliźnienie się owrzodzenia; jednocześnie poziom cukru we krwi naczczo obniżył się do normy.

Na uwagę zasługuje fakt wystąpienia obrzęku podudzia po wstrzyknięciu insuliny głęboko dokoła owrzodzenia; spostrzeżenie to uczyniłem jeszcze w innym przypadku owrzodzenia podudzia, leczonego insuliną miejscowo w postaci okładów.

Dobre wyniki leczenia miejscowego insuliną w przyp. zastarzałych owrzodzeń podudzi objaśnić można bezpośredniem oddziaływaniem insuliny na przemianę i zużytkowanie wodanów węgla w tkankach. Na korzyść tego poglądu przemawiają badania Häusler'a i Löwy'ego oraz innych autorów, którzy stwierdzili, że przepuszczalność tkanek dla cukru wzrasta pod wpływem insuliny (Schittenhelm (10)). Adlersberg i Perutz (9) zaś stwierdzili, że po miejscowem zastosowaniu insuliny poziom cukru we krwi nie ulega obniżeniu, wykluczyć wiec można wszelki wpływ na przemianę wodanów węgla w wątrobie. Przy owrzodzeniach podudzi na tle żylaków mamy do czynienia z miejscową kwasicą wskutek zastoiny żylnej i w związku z zaburzeniami odżywczemi skóry. Również przy sprawach zapalnych lub martwicach anemicznych skóry występuje zwykle zwiększone stężenie jonów wodorowych (Schade i współpracownicy, Gaza (11)); na istnienie miejscowej kwasicy wskazuje również i ból, który według Gazy i Brandi'ego (12) w pierwszym rzędzie jest wynikiem zaburzeń w równowadze kwaso-zasadowej w tkankach.Dobry wpływ miejscowego leczenia insuliną na gojenie się owrzodzeń podudzi oraz na usunięcie bóli należy więc rozumieć w ten sposób, że wskutek lepszego zużytkowania i spalania cukru w tkankach oraz wskutek zwiększonej przepuszczalności naczyń włosowatych miejscowy odczyn kwaśny znika, co też sprzyja odnowie skóry i zagojeniu się owrzodzenia.

Należy przytem nadmienić, że stosuje się insulinę z dobrym poniekąd skutkiem w stanach kwasicy pooperacyjnej, kwasicy po wymiotach acetonemicznych u dzieci, również w przypadkach kwasicy wskutek niedokarmiania (Chabanier, Leber et Lobo Onell (8), przy *Hyperemesis gravidarum* (Seidl (13)).

Insulina była zastosowana z dobrym skutkiem przez szereg autorów również przy innych cierpieniach skóry.

Eugmann i Weiss (14), Chauffard i Brodin (15), Flandin, Ducourtioux i Péchery (16) uzyskali wyleczenie w szeregu przypadków *xanthoma tuberosum multiplex* na tle cukrzycy lub niedomogi wątroby; natomiast w pojedyńczych przypadkach *xanthelasma palpebrarum* oraz *xanthoma tuberosum multiplex hereditarium* wyniki leczenia insuliną były ujemne. Störmer (17) widział dobre działanie insuliny w przypadkach ropnego zapalenia skóry, czyraczności i karbunkułu karku. Lévy-Franckel wraz z Ducourtioux i Brétillon (18) stosowali insulinę w szeregu przypadków łuszczycy, pęcherzycy przewlekłej, choroby Dühringa, rumienia, *pruritus*

vulvae oraz w 2 przypadkach *mal perforant;* tylko u ostatnich chorych leczenie insuliną było uwieńczone dobrym skutkiem. Drouet i Verain (19) uzyskali wyleczenie dzięki insulinie w jednym przypadku wyprysku, przyczem stwierdzili, że u tej chorej początkowa kwasica (Ph. we krwi — 7.15) jak zarówno zmniejszona rezerwa alkaliczna (49.7) ustępowała w miarę poprawy i znikła po zupełnem wyleczeniu (Ph — 7.30 rezerwa alkaliczna — 62.3).

Dobry wpływ leczenia insuliną na znikanie wykwitów łuszczycowych oraz jednocześnie na ustąpienie świądu stwierdzili Ravaut, Bith i Ducourtioux (20) początkowo w 2 przypadkach łuszczycy. Z dalszych 10 przypadków łuszczycy, w tenże sposób leczonych skonstantowali wymienieni autorzy (21) u 6 chorych hipercholesterynemię i niedomogę wątroby, u 2 zaś również i hiperglikemię. U 4 chorych z tejże grupy pod wpływem insuliny nastąpiło zupełne wchłonięcie wszystkich wykwitów łuszczycowych w przeciągu 3 tygodni do 2 miesięcy, co zresztą nie przeszkodziło wystąpieniu świeżych nawrotów u 2 chorych. Na podstawie tych wyników autorowie sądzą, że insulina jest skuteczna w przypadkach łuszczycy z jednoczesną niedomogą wątroby. Lortat-Jacob, Legrain i Pelissier (22) również uzyskali wyleczenie po zastosowaniu insuliny, u 3 zaś innych chorych w tenże sposób leczonych wyniki były ujemne. Wymienieni autorowie są w przeciwieństwie do Ravaut tego zdania, że łuszczyca odznaczająca się hipercholesterynemją jest odporna względem insuliny.

Wystąpienie świeżej erupcji wykwitów łuszczycowych podczas leczenia insuliną spostrzegł również Gougerot (23).

Z autorów polskich Grzybowski (24) zastosował insulinę u 9 łuszczycowych. W postaciach łuszczycy ograniczonej wyniki były naogół niezbyt zachęcające, natomiast u 5 chorych z łuszczycą uogólnioną nastąpiła znaczna poprawa. Na 13 przypadków łuszczycy, w których określona była rezerwa alkaliczna we krwi, stwierdził Grzybowski u 10 chorych zmniejszenie takowej.

Insulinę zastosowałem w 3 przypadkach łuszczy uogólnionej, z tych u jednego chorego z wynikiem dodatnim. Gaw. St. lat 31. *Psoriasis generalisata.*

8. IV. 26. Cierpienie skóry trwa od 3 lat. Wysypka była umiejscowiona na tułowiu i kończynach, jedne wykwity znikały, drugie się zjawiały, tak, że chory w przeciągu 3 lat nigdy wolny od zmian łuszczycowych niebył. Obecny nawrót cierpienia datuje od 2 miesięcy. Chory był na początku skądinąd leczony pigułkami azjatyckiemi (100 pigułek) oraz maścią salicylowo-resorcynową, jednakowoż wysypka łuszczycowa stała się uogólnioną na całem ciele.

Status praesens: Wysypka łuszczycowa, umiejscowiona na twarzy, małżowinach usznych, kończynach górnych i dolnych oraz na tułowiu w postaci blaszek kształtu przeważnie okrągłego rozmaitej wielkości, barwy żywo czerwonej pokrytych srebrzystemi łuseczkami. Głowa owłosiona pokryta grubą warstwą łusek. Na przednich stronach obydwu podudzi oraz na pośladkach rozległe ogniska, barwy sino-czerwonej, pokryte łuskami. Odczyn Wa ujemny. Cukru we krwi 0.7‰, cholesteryny w surowicy krwi — 122 mg. % naczczo. Zastosowano wyłącznie insulinę (firmy Höchst am Main i G. Richter) wstrzykując podskórnie po 20 jednostek raz dziennie.

Od 8. IV. do 12. IV. 25. chory otrzymał 80 jednostek insuliny.

12. V. 26. Znaczna poprawa. Głowa owłosiona wolna od zmian łuszczycowych, jak zarówno małżowiny uszne. Na tułowiu wielka ilość blaszek znacznie przypłaszczonych, barwy różowej, brak łusek; również i inne blaszki znajdują się w drodze do wchłaniania. Na podudziach i pośladkach rozległe ogniska barwy sino-czerwonej, po części pozbawione łusek. Chory czuje się naogół lepiej, apetyt znacznie powiększony, tak że jak podaje, wprost głodu nie może nasycić. Po każdem wstrzyknięciu insuliny odczuwał wielkie osłabienie w przeciągu 1—1½ godzin.

26. IV. 26. Dalsza poprawa po 10 wstrzyknięciach czyli 200 jednostkach insuliny. Zwłaszcza na plecach i pośladkach większość ognisk łuszczycowych pozbawiona łusek, znacznie przybladła, niektóre z nich wchłonięte z pozostawieniem różowych plam. Również na kończynach górnych i dolnych — poprawa. Twarz wolna od zmian łuszczycowych jak zarówno głowa owłosiona i małżowiny uszne.

28. IV. Cholesteryny w surowicy krwi naczczo — 97,3 mg %, kwasu moczowego we krwi całkowitej — 3.64‰. Chory po otrzymaniu ogółem 250 jednostek nie zgłosił się w przeciągu dłuższego czasu do ambulatorjum Kasy Chorych. Po upływie 2 miesięcy od zaprzestania stosowania insuliny stwierdziłem, że chory jest wolny od wszelkich zmian łuszczycowych bez żadnego przez ten czas leczenia.

W tym przypadku łuszczycy uogólnionej wynik leczenia insuliną był nader dodatni. Godną uwagi u tego chorego jest stosunkowo niska glikemja (0.7‰ naczczo) oraz cholesterynemja (122 mg % w surowicy krwi naczczo), która po 200 jednostkach insuliny uległa dalszej zniżce (97,3 mg %). **Wyniki** badań laboratoryjnych w tym przypadku przemawiają za tem, że działanie insuliny polegać może nietylko na spotęgowaniu wydzielania wewnętrznego trzustki, lecz również na pośrednictwie innych gruczołów dokrewnych. Natomiast u 2 innych chorych z uogólnioną łuszczycą insulina stosowana wprawdzie w przeciągu krótkiego czasu była bezskuteczna.

L. E. lat 11. *Psoriasis vulgaris generalisata.* 19. IV. 26. Rozsiana wysypka łuszczycowa na tułowiu i kończynach oraz na głowie owłosionej. Cukru we krwi całkowitej naczczo 1.1‰. Stosowano insulinę podskórnie w ilości 10—20 jednostek raz dziennie.

26. IV. 26. Po 120 jednostkach bez zmian.

D. J. lat 25. *Psoriasis generalisata.* 3. I. 27. Wysypka łuszczycowa w postaci większych lub mniejszych ognisk, barwy żywoczerwonej, nacieczonych i pokrytych grubą warstwą srebrzystych łusek. Symetryczne ułożenie wykwitów na łokciach, kolanach, plecach, pośladkach, kończynach dolnych, również i na głowie owłosionej. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły przed 4 miesiącami po ostatnim porodzie. Cholesteryny w surowicy krwi — 1.41‰, kwasu moczowego we krwi całkowitej naczczo — 3.33‰. Wstrzykiwano co dzień 20 jednostek insuliny podskórnie.

10. I. 27. Po 140 jednostkach bez zmian.

W jednym przypadku kiły trzeciorzędnej z rozsianem zliszajowaceniem skóry oraz ze schorzeniem wątroby i hiperglikemją stosowana była z poniekąd dobrym skutkiem insulina. Przypadek ten z wielu względów zasługuje na przytoczenie.

R. G. lat 25 była skierowana przez powiatową Kasę Chorych we Włocławku do Łódzkiej Kasy Chorych celem naświetlania lampą kwarcową „liszaji“ na karku i ramionach. Badanie wykazało kiłę trzeciorzędną *(lues tubero-serpiginosa).* Chora już od początku źle znosiła wstrzyknięcia neosalwarsanu. Po pierwszej kuracji (3.3 gr. Neosalvarsanu + 16 igieł rtęciowych) badanie krwi z dnia 5. V. 1924 r. wykazało odczyn Wa +++, Meinicke ++.

15. V. 1924 rozpoczęto świeżą kuracje bizmutową. Po 9 wstrzyknięciach quinby chora czuła się źle, skarżyła się na bóle w krzyżu i łamania w kościach. Żółte zabarwienie twardówek i skóry, bóle żołądka, wymioty, zaparcie stolca. Objawy żółtaczki znikły po leczeniu solą karlsbadzką i kalomelem. Badanie na odczyn Wa wykonano dnia 5. VII. 25. z wynikiem ujemnym.

Chora uskarża się na dotkliwe swędzenie w okolicy karku, brzucha, górnych części obydwu ud. Badanie wykazało rozsiane zliszajowacenie skóry w miejscach swędzących. Cukru we krwi naczczo 1.4‰. Badanie układu nerwowego roślinnego według metody Daniélopolu:

Tętno w zupełnym spokoju i pozycji leżącej — 96, po wstrzyknięciu dożylnem 1.6 mg. atropiny, tętno w pozycji leżącej 120, w pozycji stojącej — 130, z powrotem w pozycji leżącej — 120. Różnica między tętnem po sparaliżowaniu nerwu błędnego atropiną a tętnem początkowym — 24 (normalnie około 50 według Daniélopolu).

29. IX. 24. Wa ujemny.

20. X. 24. Morfologiczne badanie krwi wykazało: Hmgl. — 80%, ciałek czerwonych 4.150.000, białych — 6.400, z tych obojętnochłonnych 75%, limfocytów małych i dużych — 22%, postaci przejściowych i jednojądrzastych — 3%.

9. XI. 24. Cukru we krwi naczczo — 1.6‰.

Badanie treści żołądkowej z dnia 10. XI: kwasota ogólna 45°, kwasu wolnego — 25°.

9. II. 25. Po skończonej 3-ej kuracji wyłącznie bizmutowej odczyn Wa we krwi ujemny. 23. IV. 25. Cukru we krwi 1.2‰. Szybkość opadania krwinek — 50'. Morfologiczne badanie krwi: Hmgl. 85%, ciałek czerwonych 4.650.000, białych 5.600, z tych wielojądrzastych obojętnochłonnych — 67%, eozynochłonnych — 4%, Limfocytów małych i dużych — 22%, postaci przejściowych i dużych jednojądrzastych — 7%. Chora nadal uskarża się na nieustające swędzenie. Badanie wykazuje: Na karku, dolnej części brzucha, zewnętrznej części prawego uda i lewego pośladka oraz wewnętrznych stronach górnej ⅓ części obydwu ud rozległe ogniska, w obrębie których skóra zgrubiała, nacieczona, barwy czerwonej o poletkowatej budowie, na obwodzie których widoczne są pojedyńcze płaskie grudki, barwy różowo-czerwonej, błyszczące, gdzie niegdzie zlewające się ze sobą. Autohemoterapja śródmięśniowo w ilości 10 ccm. spowodowała pewne polepszenie w kierunku zmniejszenia świądu.

10. IV. 25. Po ostatniem wstrzyknięciu krwi własnej silne bóle w kościach, gorączka sięgająca 39—40°, wymioty, duszność, katar i kaszel.

29. IV. Temperatura normalna. Chora otrzymuje szereg wstrzyknięć śródnaskórkowych krwi własnej w ilości 4 bąbli po 0.1 ccm.

23. IV. Cukru we krwi — 1.2‰.

27. IV. Swędzenie daleko mniejsze. Objektywnie bez poprawy.

2. V. Ponowne pogorszenie w kierunku spotęgowania swędzenia. Leczenie wstrzyknięciami śródmięśniowemi mleka w ilości 5 ccm. oraz smarowaniem 15% rozczynu lapisu bez skutku. Cukru we krwi naczczo — 1.6‰, w moczu zaś nieobecny. Wobec tego zastosowana była wyłącznie insulina w ilości 10—20 jednostek podskórnie raz dziennie. Badanie morfologiczne krwi z dnia 2. VI. 25. wykazało: Hmgl. 85%, ciałek czerwonych — 4.500.000, białych — 6.000, z tych obojętnochłonnych 68%, eozynochłonnych — 1%, limfocytów — 26%, przejścowych — 5%.

Cukru we krwi 1.2‰. Badanie czynnościowe żołądka wykazało kwasotę ogólną 56°, kwasu wolnego — 39°.

Chora podaje, że ciągle odczuwa palenie w żołądku, odbijanie po jedzeniu. Uporczywe zaparcie stolca. Dalsze stosowanie insuliny podskórnie raz dziennie po 20 jedn.

12. VI. Objektywnie stwierdza się znaczne polepszenie. Na zewnętrznych stronach ud, zwłaszcza prawego skóra w obrębie byłego ogniska zliszajowaciełego, gładka, lekko pigmentowana, tylko gdzie niegdzie na obwodzie rozpoznać można drobne przypłaszczone grudeczki. Również i na brzuchu i w okolicy karku taka sama znaczna poprawa. Ma się niewątpliwe wrażenie, że leczenie insuliną częściowo było skuteczne, tembardziej, że innych środków zewnętrznych lub wewnętrznych nie stosowano. Również swędzenie znikło prawie że zupełnie. Ze względu na brak insuliny chora skierowana była w celu ukończenia leczenia do gabinetu rentgenoterapeutycznego.

10. IX. 25. Wykonane badanie na hiperglikemję alimentarną wykazało: cukru we krwi naczczo — 0.6‰, w ¼ godziny po podaniu 100 gr. glukozy doustnie — 0.92‰, po ½ godziny — 0.88‰, po 1 godzinie 0.86‰, po 1½ godzinach — 0.8‰, po 2 godzinach — 0.75‰, a więc po 2 godzinach poziom cukru we krwi przewyższał takowy naczczo. Wstrzyknięcie dożylne 0.3 gr. neosalvarsanu spowodowało wystąpienie hiperglikemji (1.3—1.37‰), utrzymującej się na jednakowym poziomie w przeciągu 2 godzin.

Przypadek ten z różnych względów zasługuje na uwagę. Przedewszystkiem wystąpienie żółtaczki podczas leczenia wyłącznie bizmutowego, jak zarówno nietolerancja neosalwarsanu wskazuje na schorzenie wątroby. Zastanowić się należy, czy w danym przypadku istnieje pewien stosunek pomiędzy schorzeniem wątroby, hiperglikemją, a zliszajowaceniem skóry rozsianem. Hiperglikemję lub też wysoki poziom cukru we krwi stwierdziłem w szeregu przypadków rozsianego zliszajowacenia skóry (w jednym przypadku — 1.62‰, w drugim — 1.25‰, w 2 innych po 1.15‰, w 3 zaś po 1‰ naczczo), oraz w 2 przypadkach pokrzywki (w jednym 1.4‰, w drugim 1.3‰). Wiadomo, że chorzy cukrzycowi cierpią często na swędzenie skóry, z drugiej strony swędzenie jest pierwszym wczesnym objawem zliszajowacenia skóry i pokrzywki. Przy *neurodermitis* schorzenie narządów wewnętrznych było często skonstatowane. Szczególnie Ehrmann (25) podkreśla fakt współistnienia zmian zliszajowaciałych skóry z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi. Na 200 przypadków zliszajowacenia skóry stwierdził Ehrmann w 50% przypadków achylję lub hipochylię, w innych zaś — nadkwasotę żołądka. Rentgenologicznie skonstatował Urbach (26) nadmierną perystaltykę, w niektórych zaś przypadkach opuszczenie, atonję lub hipotonję żołądka. Często stwierdzić można katar żołądka i ciężkie zaparcie stolca lub też nieżyt jelit z niedomogą trzustki. W szeregu przypadków *neurodermitis* skonstatował Ehrmann cukromocz.

W tem świetle współistnienie przewlekłego rozsianego zliszajowacenia skóry z jednoczesną zwiększoną zawartością cukru we krwi oraz niedomogą wątroby w przypadku kiły trzeciorzędnej staje się zrozumiałem. Leczenie przeciwkiłowe nie miało żadnego wpływu zarówno na zliszajowacenie skóry, jak i na poziom cukru we krwi. Dobry wpływ leczenia wraz z zachowaniem odpowiedniej diety na zniknięcie swędzenia oraz zmian zliszajowaciałych skóry był bezsprzeczny. Oprócz tego stwierdzona metodą atropinową, według Danielopolu, hipowagotonja przemawia za tem, że hiperglikemja w tym przypadku była skutkiem niedomogi trzustki.

Wyniki wymienionych prac jak zarówno i spostrzeżeń własnych świadczą, że leczenie insuliną jest skuteczne w niektórych przypadkach schorzeń skóry. Ze względu na stosunkowo niewielkie doświadczenie w tym kierunku trudno narazie ustalić wskazania do stosowania insuliny. Niezbędne są dalsze dokładne spostrzeżenia oparte na badaniach laboratoryjnych, by móc z pewnem prawdopodobieństwem przewidzieć, czy w danym przypadku leczenie insuliną będzie skuteczne. Przedewszystkiem należałoby zastosować insulinę w przypadkach chorób skóry, odznaczających się zwiększoną zawartością cukru we krwi, wychodząc z założenia, że hiperglikemja jest wskaźnikiem istniejących zaburzeń czynnościowych gruczołów dokrewnych oraz układu nerwowego roślinnego. Następnie, w tych przypadkach chorób skórnych, wprawdzie nie odznaczających się zwiększonym poziomem cukru we krwi, lecz w których laboratoryjnie stwierdzić można względną kwasicę lub zmniejszenie rezerwy alkalicznej we krwi lub w tkankach. Dalsze doświadczenia w tej dziedzinie są niezbędne i pożądane; ustalenie dotychczas osiągniętych wyników leczenia insuliną jest pierwszym etapem w rozwoju tego zagadnienia.

Piśmiennictwo:

1) Pautrier, Ambard, Schmid et Salmon: Reunion dermat. de Strassbourg 1924, str. 141. — 2) Pautrier, Ambard, Schmid et Lévy: Reunion dermat. de Strassbourg 1925, séance du 15 janvier, str. 52. — 3) Pautrier, Schmid et Robert: Reunion dermat. de Strassbourg 1926, séance du 10 mai, str. 132. — 4) Pautrier, Schmid et Ullmo: Reunion dermat. de Strassbourg séance du 16 mai 1926, str. 544. — 5) Ambard et Schmid: Soc. méd. des hôp. de Paris 1925, Nr. 21. — 6) Fauve-Beaulieu et David: Soc. méd. des hôp. de Paris 1925, Nr. 21. — 7) Chabanier, Lumière et Lebert: Bull. de l'Acad. de Méd. 1925, Nr. 28. — 8) Chabanier, Lebert et Lobo Onell: Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 24 mars 1925. — 9) Adlersberg und Perutz: Klin. Woch. 1927, Nr. 3, str. 108. — 10) Schittenhelm: Klin. Woch. 1927, Nr. 3, str. 140. — 11) Gaza: Klin. Woch. 1926, Nr. 24. — 12) Gaza und Brandi: Klin. Woch. 1926, Nr. 25, 1927, Nr. 1. — 13) Seidl: Münchn. Med. Woch. 1926, Nr. 36. — 14) Engmann and Weiss: Arch. of Dermatologie 1923, nov. Ref. Annales de Dermat. 1925, Nr. 5. — 15) Chauffard, Brodin et Jovanowitch: Soc. méd. des Hôpitaux 1924, 14 nov. — 16) Flandin, Ducourtioux et Péchery: Soc. franc. de Dermat. Séance du 11 mars 1926, str. 209. — 17) Störmer: Klin. Woch. 1925, Nr. 10, str. 47. — 18) Lévy-Franckel, Ducourtioux et Brétillon: Bull. de la Soc. de Dermat. 1926, Nr. 7, str. 500. — 19) Drouet et Verain: Reunion dermat. de Nancy. Séance du 26 mai 1926, str. 439. — 20) Ravaut, Bith et Ducourtioux: Soc. fr. de Dermat. 1925, Nr. 6, str. 275. — 21) Ravaut, Bith et Ducourtioux: Soc. de Dermatologie 1926, Nr. 2, str. 99. — 22) Lortat-Jacob, Legrain et Pelissier: Soc. de Derm. 1925, séance du 11 fevrier, str. 101. — 23) Gougerot: Bull. de la Soc. de Derm. Seance du 11 fevrier 1926, str. 105. — 24) Grzybowski: Przegląd dermatologiczny 1926, Nr. 4, str. 268. — 25) Ehrmann: Arch. f. Dermat. Bd. 138, 1922. — 26) Urbach: Arch. f. Derm. Bd. 142, Nr. 1, str. 39.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

List z Madrytu.

Madryt, 30. IV. 1927.

Uznając słuszność zasady „lepiej później, niż nigdy", postanowiłem wybrać się ostatecznie tej wiosny do Madrytu, aby tam na miejscu zapoznać się z metodami Ramóna y Cajala i wynikami, jakie w jego pracowni temi metodami osiągnięto. I nie żałuję, że przedsięwzięcie to doprowadziłem do skutku i odbyłem tę daleką, uciążliwą i kosztowną podróż.

Zaraz na wstępie z wdzięcznością muszę wspomnieć o udzieleniu mi na ten cel przez Ministerstwo W. R. i O. P. zasiłku, który wprawdzie ani w połowie nie pokrył kosztów tej naukowej wycieczki, ale miał to decydujące znaczenie, że zachęcił mnie do wprowadzenia w czyn od lat projektowanego planu.

Dziś szczerze zadowolony jestem, że się tu znalazłem i że spędziłem tych kilkanaście dni ze znaczną korzyścią, jaką daje poznanie zawiłych i kapryśnych metod i ich wyników u samego źródła i zetknięcie się i osobiste poznanie tego genjalnego badacza, z którym od lat przeszło 30 pozostawałem w korespondencji.

Znakomity ten badacz hiszpański jest u nas za mało znany i niedoceniany, czego choćby to może być dowodem, że żaden z uniwersytetów polskich, ani akademij i towarzystw naukowych nie udzieliły doktoratu honorowego, ani zamianowały swym członkiem uczonego tej, jak on, miary, który tych godności posiada całe dziesiątki.

Dlatego nieco dłużej pragnę zająć się jego osobą.

Santjago Ramón y Cajal (nazwisko złożone, z którego pierwsze jest po ojcu, drugie po matce) w całym cywilizowanym świecie znany badacz i uczony, urodził się 1 maja 1852 w Petilla w Aragonji tak, że dziś liczy lat 75.

Od roku 1884 był profesorem anatomji w Valencji, od 1887 profesorem histologji normalnej i patologicznej w Barcelonie, od roku zaś 1892 profesorem histologji normalnej i anatomji patologicznej w Madrycie. W Hiszpanji bowiem prawie stale, podobnie jak często we Włoszech, jest do dziś zwyczajem, że te dwie katedry spoczywają w jednym ręku, mimo to, że i tu ogólnie zdają sobie z tego sprawę, że tak być niepowinno, że anatomja patologiczna jest sama dla siebie tak obszernym przedmiotem, iż łączenie jej z drugim musi być niekorzystne albo dla jednego albo też dla drugiego przedmiotu.

Naukowo rozpoczął Ramón y Cajal pracować w r. 1880. Od roku 1885 plon jego pracy naukowej stawał się coraz obfitszy tak, że w roku 1888 postanowił wydawać osobne pismo pt.: Revista trimestral de Histologia normal y patologica. Prace te zyskały mu wkrótce rozgłos w całym świecie i wcześnie już zaczęły spływać na Cajala zaszczyty, jeden po drugim.

W roku 1894 został zaproszony przez Royal Society w Londynie do wygłoszenia wykładu (t. zwanego „Croonian Lecture"), po którym uzyskał doktorat medycyny honoris causa w Cambridge, następnie w r. 1899 otrzymał zaproszenie do wygłoszenia 3 wykładów w Worcester (Stany Zjednoczone) w Clark University. W r. 1900 Kongres międzynarodowy lekarski w Paryżu przyznał mu nagrodę międzynarodową t. zw. nagrodę Moskwy (w wysokości 6.000 fr.). W tym samym roku został zamianowany dyrektorem świeżo utworzonego, wspaniałego instytutu narodowego higjeny (Instituto nacional de Higiene de Alfonso XIII).

W następnym roku (1901) ufundowała królowa Krystyna, matka obecnego, wówczas jeszcze małoletniego króla, instytut nazwany „Laboratorio de Investigaciones biologicas", którego Cajal też został zamionowany dyrektorem. Instytut ten nie pozostawał zupełnie w żadnej łączności z uniwersytetem. W ten sposób obok profesury spoczywała równocześnie w rękach Ramona y Cajala dyrektura dwóch innych zakładów.

Z wielu odznaczeń jeszcze o dwu najwyższych chcę wspomnieć; mianowicie o medalu złotym Helmholtza udzielonym mu w r. 1905 przez Akademję Umiejętności w Berlinie i o nagrodzie Nobla, przyznanej Cajalowi w r. 1906 wspólnie ze sławnym badaczem włoskim Golgim przez Carolinsche Institut w Sztokholmie. Pozatem muszę pominąć milczeniem ogromną litanję zaszczytów i odznaczeń, doktoratów honorowych i nominacyj na członka honorowego akademij umiejętności i towarzystw naukowych, których posiada kilkadziesiąt.

W roku 1920 ustępując z dyrektury zakładu higjenicznego, został zamianowany dyrektorem honorowym tegoż instytutu. Gdy zaś w r. 1922 osiągnął wiek 70 lat i ustąpić musiał z profesury, zatrzymał jedynie w swych rękach dyrekturę zakładu dla badań biologicznych, którego dotychczasową nazwę król, chcąc uczcić jubilata, w tym roku zmienił na „Instituto Cajal".

W tym właśnie zakładzie, którego kierownictwo spoczywa dotąd w rękach Ramóna y Cajala, zostały dokonane te wszystkie badania i odkrycia, które imię jego okryły sławą. To też nic dziwnego, że tyle zaszczytów i odznaczeń spłynęło na Prof. Cajala, zasługi jego bowiem dla nauki są niezmierne i to zarówno przez wynalezienie bardzo cennych metod badania przedewszystkiem układu nerwowego, przez odpowiednie zastosowanie ich u młodych zwierząt i noworodków ludzkich, kiedy myelina nie stanowiła jeszcze przeszkody w barwieniu, jak i dla bystrości ścisłej obserwacji. Badania jego przyczyniły się niezmiernie do znajomości budowy mikroskopowej i mechanizmu czynnościowego ośrodków nerwowych. Potrzebny był do tego nietylko genjalny umysł, ale i niezmierna wytrwałość i praca, przechodząca siły przeciętnego człowieka. Przez znaczną część swego życia pracował przez 15 godzin dziennie. Sam tworzył swe metody, sam bez niczyjej pomocy wykonał swe prace, krając sam preparaty i sam je barwiąc. Do jednej pracy wykonywał nieraz setki seryj; dla przykładu wspomnę tylko, że do badań nad projekcją w mózgu zbadał mikroskopowo 300 mózgów ludzkich w okresie wczesnym, mianowicie dzieci zacząwszy od noworodków do jednego miesiąca.

Do chwili obecnej ogłosił przeszło 260 prac. Prace te, pomijając inne tematy dotyczyły prawie całego systemu nerwowego, zarówno ośrodkowego jak i obwodowego, ich budowy, rozwoju zarodkowego i regeneracji nerwów. Niepodobna przejść szczegółowo wszystkich jego odkryć na tem polu. Chcąc je przedstawić, potrzebaby napisać całą anatomję mikroskopową układu ośrodkowego nerwowego, gdyż napewno połowę faktów dziś znanych i uznanych zawdzięczamy badaniom Ramóna y Cajala.

Przeglądając spis prac jego, można dopiero ocenić jego niezmiernie ruchliwy i energiczny umysł. Prace swe i swoich uczniów ogłaszał przeważnie w czasopismach przez siebie redagowanych, najpierw we wspomnianej Revista trimestral de Histologia normal y patologica, następnie od r. 1897 w Revista trimestral micrografica, a wreszcie od r. 1901 w Trabajos del Laboratorio de Investigaciones biologicas, których dotąd wyszło 24 tomów.

Wyniki swych badań zawdzięcza Cajal przedewszystkiem wynalezionym przez siebie metodom. Metod tych podał cały szereg.

W r. 1888 ogłosił pierwszą metodę, która była modyfikacją metody Golgiego. Metodą tą jednak zdziałał bez porównania więcej, niż Golgi, dzięki zastosowaniu jej u zupełnie młodych zwierząt.

W r. 1903 ogłosił pierwszą metodę oryginalną (nitrat de plata reducido). W r. 1912 podał metodę urano-formolową (metodo urano-formol) dla neurologji i aparatu Golgiego. W r. 1913 metodę złoto-sublimatową (metodo oro-sublimado) dla neurologji protoplasmatycznej tj. komórek neurogliowych, której to metodzie zawdzięcza odkrycie w r. 1914 trzeciego elementu komórkowego w systemie nerwowym tj. komórek bez wypustek (células adendriticas).

Wszystkie te odkrycia miały miejsce w zakładzie, który dziś nazywa się Instituto Cajal.

Jest to instytut nie stojący na wysokości dzisiejszych wymagań, jakie zakładowi naukowemu można stawiać, ani pod względem lokalu, ani urządzenia. Stary budynek, nie budowany umyślnie do tego celu, mieści się przy ulicy Paseo de Atocha 13 i zajmuje 8 pokoji na I, a 6 na II piętrze.

Nowy trzypiętrowy zakład, ufundowany przez rząd w 1922 roku jest już na ukończeniu, stoi pod dachem i za $1^1/_2$ roku ma być zupełnie urządzony i oddany do użytku. Życzyć należy z serca, aby ten znakomity badacz i krzewiciel sławy nauki hiszpańskiej doczekał tej chwili radosnej, w której ujrzy owoce swej dotychczasowej, wielkiej, niestrudzonej, błogosławionej działalności.

Ziomkowie Cajala umieją ocenić znaczenie jego dla hiszpańskiej sławy. Obok zaszczytów i godności, którymi go obsypali, postawili mu piękny pomnik za życia w cudnym parku „Retiro".

* * *

Otóż poznanie tych metod i wyników, jakie się niemi uzyskuje, było niewątpliwą znaczną korzyścią, jaką z tej dalekiej i uciążliwej wycieczki odniosłem. Obok tych jednak prawie wyłącznie osobistych korzyści, mogą podobne wycieczki naukowe naszych reprezentantów nauki mieć inne jeszcze, bardziej ogólne znaczenie. Mam tu na myśli korzyści, jakie może mieć nawiązanie stosunków z wybitniejszymi uczonymi zagranicznymi dla propagandy polskości. Miałem bowiem sposobność spotkać się z zapytaniem ze strony ludzi należących do najwyższej warstwy inteligencji, czy w Polsce potoczną mową jest język niemiecki i z kompletną nieznajomością granic i położenia geograficznego, a już nie mówię przeszłości Polski. To też pragnąc z jednej strony odwdzięczyć się hiszpańskim uczonym za nadzwyczajnie gościnne przyjęcie, z drugiej zaś strony chcąc spełnić obowiązek patrjotyczny, postanowiłem przesłać w upominku kilka egzemplarzy książek, któreby mogły rozszerzyć ich pojęcia o naszej ojczyźnie. (Przeździecki-Varsovie).

Dziś mija ostatni dzień mego pobytu w Madrycie i pracowni Ramona y Cajala. Dzień ten na długo zachowam w pamięci, gdyż dziś właśnie na życzenie profesora Cajala i jego asystentów i pracowników zakładu miałem w południe demonstrację moich, przywiezionych z domu preparatów — które spotkały się z żywem uznaniem i demonstrowałem metodę, którą się posługiwałem przy sporządzeniu moich preparatów. Trwało to przeszło 2 godziny, przyczem udaliśmy się na urządzony dla mnie bankiet, w którem brał też udział sędziwy i czcigodny Prof. Cajal. Fakt ten okazał się dla mnie tem zaszczytniejszym, że Prof. Cajal od lat 20 nie brał udziału w podobnych zebraniach, a w tym przypadku nawet sam był tej biesiady inicjatorem.

Władysław Szymonowicz.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Szanowny Panie Redaktorze!

Korzystam z możności wypowiadania się w sprawach językowych i zwracam uwagę na używania bardzo rozpowszechnione:

1º zwrotu *w pierwszym rzędzie* zamiast jedynie właściwego *przedewszystkiem* lub *naprzód* albo *najpierw* wreszcie *wpierw*,

2º zwrotu *„ewentualnie"*, który najczęściej możnaby zupełnie opuścić, albo zastąpić go słowem *„albo"* lub *„w razie przeciwnym"*, *„w razie potrzeby"* itp.,

3º zwrotu *„z reguły"*, który ma znaczyć z zasady, albo *wedle prawa* albo *zgodnie z prawem*, albo *zazwyczaj*,

4º Na zupełnie wadliwe pisanie „rozchodzi się" zamiast jedynie właściwego *„chodzi o coś"* zwracano już uwagę ale przy rozpowszechnieniu tego błędu nie od rzeczy raz jeszcze ten zwrot napiętnować,

5º mleko uważano za pokarm *„wybiórczy"* miało znaczyć wybrany, albo raczej *najwłaściwszy* (z niemieckiego Wahlspeise).

Zamawiam sobie u Sz. Pana Redaktora możność umieszczenia dalszych uwag, które mi się przy błędnych wyrażeniach nastręczą.

Dr. W. Moraczewski.

OCENY.

I. Solomon: *Précis de radiothérapie profonde.* Masson Co. Paris 1926.

Książka ta zawiera 512 stron druku, z przedmową A. Béclère'a jest nader cennym nabytkiem piśmiennictwa rentgenologicznego. Autor szef oddziału radiologicznego w szpitalu św. Antoniego w Paryżu, rentgenolog i fizyk promieni Roentgena jaknajlepszej sławy, zdołał w swem dziele ująć przedmiot w sposób rzadko zwięzły, a dokładny i zrozumiały.

W części pierwszej zajmuje się fizyką promieni Roentgena, uwzględniając najświeższe wyniki lat i miesięcy ostatnich. W miarę fizykalnie naukową, dostosowaną do ogólnych wiadomości przeciętnie wykształconych lekarzy, rozwija nader interesujący przedmiot począwszy od odkrycia promieni przez Roentgena, aż do ostatnich zdobyczy na polu spektrografji. W szczególności, bardzo pięknie opracowanym jest rozdział o własnościach promieniowania wtórorzędnego, absorbcji i własnościach jonizacyjnych.

Własności biologicznego działania promieni w rozdziale 3-cim omawiane, uwzględniają prace Oudina, Barthelemy'ego, Cluzet'a, Sierpa i Jünglinga,dalej Friedricha i Kröniga, Mayera, Dawida i innych. Działanie na gruczoły dokrewne, i zmiany w krwi po naświetlaniach przedstawione są w sposób wyczerpujący.

W rozdziele traktującym o kwalitometrji promieni, są uwzględnione wszystkie znane sposoby spektrometryczne (Seeman, Zimmern, March, Staunig i Fritz) dalej metody Villard'a, Bauera i Volza.

Rozdział następny poświęcony jest metodom mierzenia dawki. Począwszy od pierwszych przyrządów Sabouraud i Noiré, Holzknechta, Kienböcka omawia następnie metody jonometryczne pomiędzy nimi zaś opisuje swój jonometr, przyrząd bez kwestji bardzo dokładny i poręczny, który znalazł bardzo szerokie zastosowanie.

Dalsza część poświęcona jest opisom przyrządów służących do wytworzenia prądów o wysokiem napięciu, fabryk francuskich i zagranicznych (niemieckich, angielskich i amerykańskich). Bogato ilustrowana, napisana przystępnie, pozwala się każdemu nawet nie fachowcowi zorjentować w wyborze i działaniu aparatów.

Część pierwszą kończy autor omówieniem zasad radjoterapji głębokiej uwzględniając właściwości biologiczne narządów i właściwości fizykalne promieni w zastosowaniu leczniczem. Więc czułość tkanek, sposób przechodzena promieni i ich absorbcję, krzywe izodoz Dessauera, Holfeldera i tablice Voltza. Autor stoi na stanowisku, na które nawracają obecnie wszyscy rentgenolodzy, że nie istnieje podrażniające działanie małych dawek promieni Roentgena. Omawia dawki dostosowane do poszczególnych schorzeń, przyczem w leczeniu nowotworów złośliwych (raka) nie uznaje dawki niemieckiej, uważając ją za najmniejszą, jaką trzeba zastosować, i żąda jeszcze większych dawek.

Część druga książki, kliniczna poświęcona jest metodom radjoterapji poszczególnych chorób i zaczyna się od ogólnych uwag na temat leczenia nowotworów złośliwych, przyczem zastosowuje autor wielkie dawki, jednak rozdzielone na kilka albo kilkanaście posiedzeń. Zasady leczenia radem są również uwzględnione. Następują potem metody leczenia schorzeń na tle gruźlicy, schorzeń układu nerwowego, przyczem podaje autor nader zachęcające wyniki leczenia rozmaitych nerwobólów.

Leczenie włókniaków stanowi osobny rozdział, po którym następuje rozdział traktujący o leczeniu chorób gruczołów dokrewnych, a w końcu innych cierpień dostępnych leczeniu promieniami Roentgena.

Książka jest bardzo dobra, wyczerpująca nawet dla specjalisty, opracowana bardzo starannie i należy do rzędu doskonałych podręczników, których nie powinno brakować w bibljotece żadnego postępowego lekarza.

Jaxa-Dębicki.

Prof. Dr. W. Zinn und Dr. G. Katz: *Biologische Einwirkung von der Haut auf den gesunden und tuberkulösen Organismus.* Leipzig. 1927. J. A. Barth.

Obszerna praca o 210 stronicach, o drobnym druku, która wychodzi jako 27-my zeszyt „Tuberkulose-Bibliothek", wydawanej przez prof. Lydję Rabinowitsch. Jest to szczegółowy referat zbiorowy, obejmujący obszernie piśmiennictwo niemieckie i poglądy najrozmaitszych autorów ułożone według działów. Po każdem zestawieniu autorowie przedstawiają swoje stanowisko i własny pogląd oraz bogate doświadczenie w danej kwestji. Główną treścią jest działanie lecznicze na gruźlicę za pośrednictwem skóry. Piśmiennictwo zestawione przy końcu pracy, bardzo obszerne, obejmuje 459 prac.

Praca bardzo pożyteczna dla tych, zwłaszcza specjalistów, którzy chcą rozejrzeć się w pracach, poglądach i piśmiennictwie w tej dziedzinie i zapoznać się z działaniem najrozmaitszych skórnych szczepionek, przetworów, odczynów i metod rozpoznawczych oraz leczniczych przeciwgruźliczych. Materjał nader obszerny, opracowany bardzo szczegółowo, prawie drobiazgowo, na podstawie własnych spostrzeżeń, przyczem uwzględniono bardzo liczne metody rozpoznawcze i lecznicze oraz dodano wiele zestawień statystyczno odsetkowych. Zarzucić jej można podział materjału nieco zanadto szczegółowy i stąd wynikłą pewną chaotyczność, brak rozgraniczenia teorji od praktyki, konieczność powtarzania się wskutek nadmiernego nagromadzenia szczegółów, a nadto luźne powiązanie poczynionych badań i spostrzeżeń oraz nierównomierne traktowanie materjału. Np. podczas gdy metodzie Petruschky'ego, Ponndorfa i Wolff-Eisnera poświęcono bardzo wiele miejsca, to o metodach Meliona (dermotubin), Neumanna (ateban) i Deyckego (maść partigenowa) zaledwie tylko wspomniano, że istnieją. Nie mniej jednak na ogół zarzuty powyższe nie odbierają tej pracy cech sumiennego opracowania olbrzymiego materjału.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

Choroby skóry: Prof. P. W. Nikolski, Rostów n/D., 1927, str. 447, wyd. II (ros.).

Podręcznik dermatologji, który w ciągu niespełna 3 lat doczekał się drugiego wydania, musi być dobrym. Nikolski, znane w dermatologji nazwisko, to wytrawny klinicysta i doświadczony pedagog. Te walory objawiają się w umiejętności podania materjału i wstrzemięźliwości. Jasne a zwięzłe przedstawienie, logiczne rozpoznanie różniczkowe, nieprzeładowywanie niepotrzebnymi dla studenta i praktyka szczegółami, oto są główne zalety tej książki. Czytelnik wyczuwa doskonale, że rzecz nie jest banalną kompilacją, jak wiele t. zw. podręczników, lecz pracą oryginalną, przetrawioną, pisaną na podstawie spostrzeżeń własnych. Dla dermatologa interesującym jest układ książki, jako, że sprawa klasyfikacji staje się w nowoczesnej dermatologji znów aktualną, a nie zawsze bywa rozwiązywaną w sposób zadowalający dla klinicysty. Dlatego podaję następstwo rozdziałów.

I. część ogólna: zarys historji dermatologji, anatomja i fizjologja skóry, ogólna patologja sk., ogólna djagnostyka chorób sk., ogólna etjologja i klasyfikacja chor. sk.

II. część szczegółowa: Eczema, Erythemata i pokrewne schorzenia, grupa purpury, grupa herpes, pemphigus, grupa urticariae, dalej psoriasis, parapsoriasis, pityriasis rosea, lichen ruber. Hyperkeratozy. Asphyxiae. Sclerodermia. Sprawy exfoliatywne. Zaburzenia w wydzielaniu potu. Schorzenia gruczołów łojowych. Schorzenia włosów i paznokci. Zaburzenia w wytwarzaniu barwika. Atrophiae cutaneae. Hypertrophiae cut. Choroby sk. wywołane przez zab. inkrecji. Toxicodermiae. Wrodzone anomalje skóry. Zapalenia sk. e causa externa. Choroby sk. wywołane przez bakterje. Chor. sk. wywołane przez pasorzyty. Guzy skórne (neoplasmata). Schorzenia błon śluzowych. Receptura.

Jak widzimy autor nie sili się na sztuczne podziały, a podaje cały materjał zebrany w *grupy kliniczne.* Przez to właśnie materjał staje się tak przystępnym dla uczącego się. Jest to jeden z najlepszych wśród znanych mi podręczników. Podkreślić zaś muszę to dlatego, że spotykałem na łamach P. Gaz. lek. entuzjastyczne oceny zgoła drugorzędnych podręczników niemieckich.

Leszczyński (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok IV, Nr. 7, z 31 maja 1927: Numer poświęcony międzynarodowemu Zjazdowi medycyny i farmacji wojskowej. — W. Pauchet: Chirurgja przewodu pokarmowego. Wrzody żołądka, dwunastnicy i jelita czczego. — S. Adamowiczowa: Epidemja grypy 1926—1927. — G. Portmann: Leczenie chirurgiczne zawrotów głowy za pomocą otwarcia worka wchłonkowego (saccus endolymphaticus). — M. Eiger, F. Grossman i E. Klemczyński: Badania interferometryczne krwi w ciąży i w raku. — H. Kulikowska: Znaczenie próby benzydynowej w badaniach sądowo-lekarskich (dok.). A. Wisel i B. Markuszewicz: Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą. — R. Hertz: W sprawie tegorocznej epidemji grypy. — M. Biro: W sprawie przebiegu grypy. — K. Blüth: O kardjazolu. (Str. zb.). — K. Orzechowski: Organizacja sanitarna powiatu Warszawskiego.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 23, z 5 czerwca 1927: H. Ruebenbauer: Kontrola i analiza mleka w Polsce. —

IV Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej w Warszawie. — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XVI, Nr. 3, z 1 czerwca 1927: Śp. M. Cercha: Kilka uwag o normach ordynacyj leczniczych w zdrojowiskach i o nadzorze leczenia. — L. Korczyński: Rzut oka na powojenną działalność Związku turystycznego w Krakowie. — H. Gralski: Zagadnienia programowo-reklamowe polskiego piśmiennictwa balneologicznego. — S. Edelman: O pilnej potrzebie wprowadzenia dietoterapji do leczenia zdrojowego w Truskawcu.

Polska dentystyka, Rok V, Nr. 3, za maj i czerwiec 1927: Wł. Czernecki: Podwójna korona jako uchwyt częściowych dostawek ruchomych. — K. Atlas: Zejście śmiertelne w następstwie ropowicy wychodzącej z dolnego zęba mądrości. — A. Cieszyński: Biologiczne oddziaływanie promieni Roentgena.

Nowiny społeczno-lekarskie, Rok I, zeszyt 4, z 15 maja 1927: S. Klocek: Na powitanie I Og. Zjazdu lekarzy słowiańskich. — A. Karwowski: O konieczności konsolidacji stanu lekarskiego. R. Konkiewicz: Projekt ustawy na wypadek choroby itd.

Nowiny społeczno-lekarskie, Rok I, zeszyt 5, z 1 czerwca 1927: T. Janiszewski: Co znaczy czuć i myśleć społecznie? — Peretiatkiewicz i Głowacki: Opinja w sprawie art. 221, projektu ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby. — B. Nowakowski: Państwowa szkoła higjeny a zagadnienia personalne administracji sanitarnej.

Przyroda i technika, Rok VI, zeszyt 4, za kwiecień 1927: R. Epler: O tak zwanych grzybicach. — A. Schmuck: Metoda de Geera i jej zastosowanie w geochronologji. — M. Koczwara: O biologicznem oczyszczaniu wód. Cz. I. — Inż. W. Wrażej: Wiek glinu.

Zagadnienia rasy, Rok 9, tom III, Nr. 9, z marca 1927: L. Wernic: Eugenika, a wybór zawodu. — Cz. Wroczyński: O zawodzie lekarza. — T. Łopuszański: Zawód nauczycielski. — K. Fleszyński: O zawodzie prawnika. — F. Bąkowski: O wyborze zawodu inżyniera. — Z Tow. eugenicznego.

Lekarz Polski, Rok III, Nr. 6 z 1 czerwca 1927: Artykuł wstępny. — Dr. Tabiarz: Zdrowie publiczne w Polsce. — Dr. Nowakowski: Higjena pracy a zdrowie publiczne. — Prof. Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do statystyki poronień i dzieciobójstwa w Warszawie w latach powojennych. — M. Kacprzak: Państwowa szkoła higjeny. — B. Krakowski: Opieka nad dziećmi i młodzieżą. — Prof. Grzywo-Dąbrowski: Zakład medycyny sądowej. — J. Bączkiewicz: Organizacja stanu lekarskiego.

Nowiny społeczno-lekarskie, Rocznik I, zeszyt 6 z 15 lipca 1927: W. Żydłowicz: W sprawie ustawowego określenia prawa do tytułu specjalisty. — I. St.: Stan lekarski a podatek przemysłowy (obrotowy). — I. M. Skibiński: Na marginesie artykułu Dr. Adolfa Grossa.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časop. lék. česk.

R. LXV. 1. 39/1926.

Dr. Josef Charvát (Klin. wewn. II. prof. Pelnar w Pradze): *Choroba Basedowa połączona z cukrzycą. Dyssocjowane działanie insuliny.* Autor opisuje następujący przypadek: E. Z., lat 25, żona urzędnika. Ciotka jej cierpiała na morbus Basedowi. Od dzieciństwa nerwowa, drżenie rąk. Na wiosnę r. 1921: Spadek na wadze, alopecia, stałe wymioty mimo wielkiego głodu, silne bicie serca, *struma* i *exophthalmus.* Leczyła się antithyreoidyną, tabletkami jajnikowemi, naświetlaniem oraz odbyła kurację kąpielową w Podjebradzie i Franzensbadzie. Rezultat leczenia nigdy nie był trwały. Zimą 1924 r. zaczyna dalej chudnąć, występuje polydipsia i polyurja, lecz diabetes stwierdził lekarz dopiero w lipcu 1925 r. znajdując w moczu 6% cukru i dużo acetonu. Po pobycie kuracyjnym w Karlsbadzie cukru w moczu tylko 0·8%, aceton znikł, pragnienie i spadek na wadze ustały. Insuliny nie dostała. Po powrocie do domu stan się znacznie pogorszył.

Na klinice: Waga 46 kg; *Exophthalmus, struma* cokolwiek twarde (z powodu naświetlań), obwód szyji 35·5 cm, serce powiększone nieco w lewo i ku górze, tony czyste, tętno 108, ciśnienie krwi 160—190 wody, delikatny tremor palców. Badanie przemiany materji: 1) metabolismus podstawowy zwiększony o 26%, 2) reakcja Kottmanna przedłużona na 25 minut, 3) obraz krwi typowy dla Basedowa, 4) przemiana węglowodanów: naczczo glikemia 3·4‰, a po 50 gr. glukozy podnosi się za 30 minut na 4·5‰, za 60 minut na 4·9‰, a za 2 godziny wynosi jeszcze 4·5‰. W moczu dziennie 40—60 gr. cukru i mnóstwo ciał ketonowych. Leczenie: Ponieważ pacjentka chudła bardzo, przepisano 10 dietę Joslina i podwyższono ją potem na 12-tą. Insulinę stosowano 2 razy dziennie po 10 jednostek i powoli stopniowało się do 50 jedn. na dzień. Cukromocz się zmniejszył na 20 gr. dziennie, aceton nie znikał. Mimo iż leczenie dietą i insuliną trwało długie tygodnie, diabetes nie ustąpił. Glykaemia wynosiła stale 3‰, a w moczu było 10 gr. cukru maksymalnie. Natomiast nastało znaczne polepszenie Basedowa: *exophthalmus* znikł, *tremor* również, struma zmnieszyła się o 2·5, tętno 80, główna przemiana + 8%. W r. 1926 diabetes się pogorszył a pacjentka, znajdując się wówczas poza kliniką, zmarła w *coma diabeticum.* Przypadek ten uważa autor za doskonałą ilustrację dla hipotezy, że insulina, jak wszystkie hormony, ma nietylko jedyne działanie na przemianę węglowodanową, ale też i na inne gruczoły dokrewne głównie na gr. tarczykowy. Autor już w r. 1924 wykonał doświadczenie, w którem jedną część działania insuliny neutralizował podawaniem węglowodanów i w ten sposób wyizolował działanie jej na inne gruczoły dokrewne. Nie można na razie rozstrzygnąć, czy insulina działa wprost na gruczoł tarczykowy, czy też hamuje jego funkcję za pośrednictwem swego działania na tkanki. Obserwacji na tem polu jest mało: Jeden szereg autorów Goffin, Lepine et Parturier sądzi, że insulina działa korzystnie tylko na Basedowa, a jedynym jest tylko przypadek, w literaturze Kaysera, Merklena i Wolffa, gdzie równocześnie polepszyła się po insulinie cukrzyca.

Ref. *Dr. Gangel.*

Piśmiennictwo angielskie.

British Medic. Journal.

Nr. 3402 1926.

H. W. Southgate Godfrey Carter: *Wydzielanie alkoholu moczem jako wskaźnik zatrucia wyskokowego.*

Sir Even Maclean: *Śmiertelność w połogu.*

Louise McIroy: *Śmiertelność u matek, a chorobliwość.*

Sidney Forsdike: *Leczenie groźnych trwałych krwotoków macicznych zapomocą radu.*

Ernest S. Reynold's: *Ważność rozpoznawcza albumosurji Bence-Jones'a.*

Z drobniejszych rozporaw:

Ernest F. Neve: *Stosowanie surowej trzustki w moczówce cukrowej (korzystne czasem).*

Ernest S. Reynolds: *Znaczenie rozpoznawcze albumozurji Bence-Jones.*

Autor — znany profesor kliniczny — zwraca uwagę na konieczność badania moczu w kierunku albumozy Bence-Jones'a w ciemnych przypadkach chorobowych. Ciało to znane od 1848 r. daje się łatwo stwierdzić w razie swej obecności w moczu. W lekko zakwaszonym moczu po ogrzaniu przy ciepłocie około 55° C. wydziela się biały strąt. Ogrzewając dalej rozpuszcza ten strąt, który po oziębieniu znów się wydziela. Wiemy, że białko surowicze wydziela się dopiero w ciepłocie około 80° C i nie znika przy dalszem ogrzaniu. Zimny kwas azotowy wydziela gęsty strąt albumozy Bence-Jones'a — znikający po ogrzaniu i zjawiający się znów po oziębieniu. Nawet gdy mocz rozcieńczony zostaje 20-krotną objętością wody — wydziela kwas solny, ostry pierścień biały w miejscu zetknięcia się. Pierścień ten znika po ogrzaniu, a ponownie występuje po oziębieniu (białko zaś strąca się jedynie przy nadmiarze kwasu solnego). Autor podaje jeszcze sposób stwierdzenia ciała Bence-Jones'a w moczu — bez użycia termometru. Ważność tego odczynu jest pierwszorzędną w przypadkach myeloma. Często wszakże tego nowotworu nie stwierdzamy, a nawet prześwietlenie rentgenem kręgów (najczęstszej siedziby); jedynie gwałtowne bóle korzonków, jak przy zwyczajnej *neuritis* lub też nieokreślone bóle kręgów, dokuczają choremu. Autor zna szereg przypadków nierozpoznawanych długi czas — aż próba Bence-Jones'a wyjaśniła chorobę. „Napisałem te uwagi, aby odświeżyć dawną znaną rzecz".

Nr. 3403. 1926.

Edward Mellanby: *Dieta a choroba, z szczególnem uwzględnieniem wpływu na uzębienie, na płuca i zależność od żywienia w ciąży.*

Leonard P. Parsons: *Wartość lecznicza naświetlanego cholesterolu w krzywicy.* (Czysty cholesterol — w szalce Petriego, naświetlany „parą rtęciową lapmy kwarcowej" — przez godzinę w odległości 1. stopy. Naświetlany cholesterol rozpuszczano w lnianym oleju do 3%. Wyniki bardzo dobre.

K. W. Monsarrat: *Etjologja wrzodu żołądkowego i dwunastniczego.* (Pierwotną sprawą jest zmiana rytmicznej czynności żołądka, która przy dłuższem trwaniu prowadzi do tworzenia się wrzodu — usadowionego na przestrzeni największego zużywania się ścian żołądka; zmieniony rytm sprzyja działaniu drażniącemu soku żołądkowego — nieszkodliwego dla prawidłowej ściany; niewykluczone są i troficzne zmiany. Podstawowym warunkiem zmiany rytmu i ruchliwości żołądka, są zboczenia innerwacyjne zależne od wpływów toksycznych, lub psychicznych, albo od wpływów odruchowych z innych schorzeń pochodzących. Czy wpływy te działają na jakiś autonomiczny układ nerwowy żołądkowy, czy też drogą n. współczulnego lub błędnego — nie wiadomo).

Robert Ollerenshaw: *Chirurgiczne leczenie schorzenia stopy szpotawej* (Dangle — foot).

J. Graham Willmore i Harrifon Marlindale: *Leczenie dysenterji pełzakowej auremetiną.* (92:5% wyleczeń); jedno ziarno (około 0·064 gr.) 4 razy dziennie z przerwami, w których stosowano stovarsol: 4 ziarna stovarsolu 3 razy dziennie — przez kilka dni — nieraz chlorkiem emetyny lub Emotolu per Rectum.

Edward Melamby: *Dieta a choroby.* Obszerna praca częścią doświadczalna, ponadto statystyczne zestawienia uzębienia u 636 dzieci; wyniki żywienia dietą A) obfitującą w witaminy sprzyjające tworzeniu się wapnia i obfitujące w Ca; wyniki żywienia dietą B) ubogą w „wapniowe" witaminy i ubogą w wapień z przewagą jarzyn w szczególności mąki owsianej; wreszcie dieta C) pośrednia pomiędzy A i B; osobny rozdział poświęcony wpływom jakości diety matczynej w czasie ciąży na wrażliwość na choroby u potomstwa. Następnie zdaje autor sprawę z wpływu diety na wrażliwość na zakażenia dróg oddechowych — stwierdzonych badaniami pośmiertnemi na 330 psach. Na podstawie swych doświadczeń nad jakością żywienia ustroju matczynego w okresie ciąży i karmienia — na skłonność potomstwa do krzywicy, ponadto na zmniejszoną odporność wśród podobnych warunków (żywienia) wobec spraw zapalnych dróg oddechowych, wypowiada autor przypuszczenie, że dziecko zapadające często na nieżyty dróg oddechowych *(„catarhal child")*, jest prawdopodobnie wytworem niedostatecznego żywienia matki podczas ciąży i karmienia — jest to wspólny czynnik — na to godzą się i klinicyści — etjologiczny u dziecka „nieżytowego", krzywiczego, i dziecka z migdałkami przerosłymi. Wnioski opiewają:

1. Wykazano doświadczeniami autora że powyższe braki w diecie matek, wzmagają u potomstwa skłonność do krzywicy.

2. Teżsame braki w diecie — jak to wynika z zestawień statystycznych autora — zdają się wzmóc u młodych zwierząt wrażliwość na bronchopneumonję — a w rezultacie wytwarzają u szczeniąt gorszą żywotność.

3. Powszechnie wiadomo, że „dziecko kataralne" może ujawnić ten stan tuż po urodzeniu przy wybitnej skłonności powstania krzywicy i wytwarzania się bronchopneumonji.

4. Szczenięta z krzywicą wskutek diety doświadczalnej wyżej omawianej, często okazują rozwijającą się „kondycję" nieżytową przewodu pokarmowego — wcześniej czy później. Zależy to po części od jakości karmienia matki i szczenięcia w okresie przed doświadczeniami.

Nr. 3404. 1926.

Leczenie choroby Basedowa (Exophtalmic Goitre, w Anglji również chorobą Graves'a zwanej).

a) R. Fraser: *Leczenie ogólne (i apteczne).*

b) T. P. Tunhill: *Leczenie chirurgiczne.* Ad a) Autor rozróżnia przypadki pierwotne z znaną trójcą objawów od początku, i z przypadłościami nerwowemi i przypadki wtórorzędne, u których dopiero później, po dłużej trwającym zwyczajnym wolu — nieraz po latach, rozwijają się objawy intoksykacyjne. Pomiędzy obiema grupami istnieją i anatomiczne różnice. Zdarzają się i przypadki niewyraźne. Obok ogólnych przepisów fizycznego i umysłowego spokoju, usunięciu ognisk septycznych, szczególniej schorzałych migdałków, — specjalnej diety nie zaleca*), stosuje minimalne dawki jodu *(pro die „15 minims* = około 8·90 gr.) z 10% roczynu jodyny w 95% akoholu". Krople podaje w mleku. Już w kilka dni nastaje poprawa — dawkę należy zmniejszyć do 5 minim. = około 3·04 gr. i podawać miesiącami. W razie nawrotu zwiększyć dawkę. W przypadkach należących do grupy drugiej, należy być bardzo ostrożnym. Podawanie jodu po dokonanej operacji utrwala wyniki tejże. Jeżeli po 6 miesiącach nie ma poprawy, radzi autor operację — zwłaszcza gdy tętno powyżej 100 i występują poważne sercowe przypadłości (migotanie przedsionkowe). Na 32 przypadków grupy pierwszej wykonano 14 razy operację. U 18 nieoperowanych, 8 ma się dobrze, u 3 poprawa nieznaczna, u 2 stan zły, 3 zmarło, o 2 brak wiadomości. Z 14 operowanych, w jednym przypadku nastąpiła śmierć tuż po operacji; autor wyznaje, że z większem doświadczeniem obecnie w przygotowaniu chorych do operacji i co do wyboru optimum czasu — można było uniknąć zejścia śmiertelnego; reszta 13 ma się dobrze, jakkolwiek pewne objawy chorobowe jeszcze istnieją a wysiłki szkodzą. U 23 chorych z wtórorzędną chorobą Graves'a (Basedowa), leczono 10 podług ogólnych zasad, 5 chorych tych uzyskało stan zadowalniający, jeden ma się źle, jeden usunął się z obserwacji, a trzech zmarło nim zdołano ich tak dalece poprawić, by móc wykonać operację. Na 23 chorych wykonano u 13 tyreoidektomję, z nich 12 ma się dobrze (u 7 istniało przedtem migotanie przedsionków). Wstępne leczenie naparstnicą i jodem u takich chorych, obok cierpliwości, jest niezbędne. Migotanie przedsionków i obrzęki były jeszcze przed paru laty przeciwwskazaniem do zabiegu — lecz ostrożny wybór, przygotowanie chorych leczeniem internistycznem i zwiększona zręczność chirurgów — daje obecnie dobre wyniki.

ad b) autor klasyfikuje chorych — podług trwania i nasilenia objawów na 5 grup. Na 170 chorych wtórorzędnej postaci, 102 chorych okazywało objawy chorobowe, przed operacją 4 lata, 68 chorych już ponad 4 lata, ponad 6 lat 48 chorych, nad 8 lat 37, a 32 chorych cierpiało ponad 10 lat na przypadłości chorobowe Graves'a. Omówiwszy szczegóły „bezpiecznej" operacji (brak innych schorzeń n. p. zakaźnych ognisk, wypoczynku w łóżku, leczenie jodem przedtem, uwzględnienia stanu sił — jedno czy dwuczasowej operacji, współpracy ciągłej z internistą zwłaszcza przy ciężko schorzałem sercu, znieczulania możliwie miejscowego i t. d.). omówiwszy uzasadnienia operacji, podawszy ciekawe zestawienie tabelaryczne — zwłaszcza co do migotania przedsionków — podaje autor, że po wykluczeniu przypadków *adenoma toxicum* miał na 831 operowanych z powodu choroby Graves'a 2·9% śmiertelności.

Lambert Rogers: *Leczenie choroby Graves'a zapomocą podwiązania,* (czterokrotne podwiązanie naczyń — w odstępach od 10—30 dni. Wynik bardzo dobry).

E. M. Brockbank: *Dental sepsis i septicaemia.* Przegląd schorzeń wskutek zębowych zakażeń — na podstawie własnych spostrzeżeń: bezgorączkowe schorzenia (gośćcowe, żołądkowe), gorączkowe zapalenia gardła, migdałków, stawów, żył, płuc, wsierdzia i t. d. (Szczegółowe omówienie osłabienia mięśnia sercowego, septycznej bronchopneumonji, zapalenia nerek, żył, wysypek rumieńcowych, i t. d.). Leczenie zasadnicze obejmuje usunięcie ogniska.

J. Rodway: *Zmiany zębów sprzyjające tworzeniu się ognisk zakaźnych.*

Ch. Beunet: *Niedrożność jelita cienkiego wskutek kamieni żółciowych.* (3 przypadki — bez zejścia śmiertelnego — po zabiegu operacyjnym).

Nathan Raw: *Uodpornienie przeciw gruźlicy.* (Druga serja doświadczeń na zwierzętach. Wyniki zachęcające. Jednak zwierzęta mogą być uodporniane prątkami ludzkiemi przeciw zakażeniu prątkami typu bovinne, i na odwrót).

Sydney Smith: *Złamanie czaszki i krwotok zaoponowy z objawami spadku ciśnienia (płynu mózgordzeniowego).* Zejście śmiertelne. Sekcja.

Ołów w leczeniu złośliwych nowotworów. Wykład i dyskusja w Towarzystwie lekarskiem londyńskiem (Medical society of London) — przy ogromnym udziale lekarzy. Wykład wygłosił Blair Bell — znany ginekolog liverpulski (por. poprzednie sprawozdanie w P. G. L.). Wynik: na 227 chorych uzyskano w 10 przypadkach całkowite wstrzymanie choroby („Disease completly arrested") zaś u 31 chorych przypuszczalne wyleczenia, przerwane leczenie. Mowy być nie może o specyfiku; operacja leczy mniej niż 5% raków. W dyskusji przemawiają Cunningham, Lenthal Cheatle, Soll (z Cancer Hospital w Londynie: 2.000 świeżych chorych w roku ubiegłym), Willcox, Fitzwilliams i i., omawiając pytania histologiczne, biologiczne i chemiczne. Przy całem uznaniu dla żmudnej i sumiennej pracy Bell'a — przebijała krytyka pewnej tajemniczości postępowania autora — czemu tenże kategorycznie zaprzeczał.

„Każdemu otwarte są te kwestje, kto chce przybyć do Liverpulu — zaopatrzony w legitymacje („propre credentials).

Dr. Pisek (Lwów).

*) Dieta z ograniczeniem mięsnych pokarmów, dieta „żytniowa" Balinta — nieraz korzystnie wpływa na przebieg.

Piśmiennictwo niemieckie.

Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen.

XXXIV. 3.

Dr. Leo Reich: *Tętnica główna w obrazie roentgenowskim i ortodiagraficzne mierzenie jej szerokości w prześwietleniu skośnem przedniem lewem.* Sposób Bordet'a i Vaqueza, oparty na mierzeniu tętnicy głównej wstępującej w prześwietleniu skośnem przedniem prawem daje wyniki dokładne tylko w około 70% wypadków. Błąd tej metody pochodzi stąd, że cień tętnicy głównej wstępującej może być rozszerzony wskutek częściowego zlania się z cieniem żyły czczej górnej lub zwężony przez rozjaśnienie, odpowiadające tchawicy.

Sposób Kreuzfuchsa mierzenia cieśni tętnicy głównej *(isthmus aortae)* posiada jeszcze większe wady, jako pośredni i w wysokim stopniu zależny od drobnych zmian w topografji śródpiersia.

Autor uważa przeto za wskazane w celu mierzeniu aorty uciec się do obrazu w położeniu skośnem przedniem lewem i poddaje obraz ten analizie. Okazuje się przytem, że najniższy z 3 łuków cienia naczyniowego, widocznego ponad prawym konturem serca tworzy prawo-przedni zarys aorty wstępującej, lewo-tylny zaś zarys występuje wyraźnie na tle prawego oskrzela głównego na 0.5—1.5 cm od rozwidlenia tchawicy.

W tym właśnie punkcie należy ortodiagraficznie mierzyć szerokość tętnicy głównej wstępującej.

U zdrowych w 80% wypadków szerokość ta jest jednakowa w pozycji skośnej przedniej prawej i lewej. W pozostałych wypadkach pomiar w pozycji prawej jest większy niż w lewej, co autor tłumaczy powiększeniem cienia aorty przez żyłę czczą górną.

W przypadkach schorzeń serca lub aorty pomiary zgadzają się w 66% wypadków. W pozostałych 34% autor uważa wymiar uzyskany w prześwietleniu skośnem lewem za odpowiadający rzeczywistości, za czem przemawia wynik dokładnych pomiarów aorty za pomocą rekonstrukcji przebiegu promieni stycznych do obwodu.

Jakkolwiek A. cytuje prace Vaqueza i Bordeta, nie podaje jednakże, że już oddawna (1913) zalecają oni mierzenie szerokości aorty zawsze i z reguły tak w pozycji skośnej przedniej prawej, jak i lewej. Obadwa pomiary kontrolują się wzajemnie. W razie stwierdzonej różnicy, B. i V. radzą brać wartość pośrednią. (przypisek sprawozdawcy).

Dr. Zawadowski.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 14.

M. Rosenberg: *O antagonizmie wpływów insuliny i tarczycy na węglowodanową przemianę materji.* W przypadkach cukromoczu w chorobie Basedowa, albo w thyreotoksykozach pozostałych po podaniu gruczołu tarczykowego insulina pozostaje bez wpływu na cukromocz. Natomiast w przypadkach cukrzycy odcukrzonej zapomocą insuliny, można po podaniu gruczołu tarczykowego uzyskać z powrotem cukromocz, który po dużych dawkach insuliny znika.

Świadczyłoby to zatem, że insulina w cukrzycy zachowuje się względem hormonów tarczycowych antagonistycznie.

G. Kaufmann (Köln): *Haemoglykosedimeter.* Opis bardzo pojedynczego i praktycznego przyrządu służącego jednocześnie do oznaczania hemoglobiny, cukru we krwi i szybkości opadania krwinek.

Prof. Stümpke i Gg. Soika (Hanover): *Badanie biochemiczne przy chorobach skóry.* Przy *ekcema* i *neurodermitis* znajdywali zwiększone wartości azotu niebiałkowego, podwyższenie poziomu cukru i wapnia we krwi; diastaza i lipaza zachowywała się w tym względzie rozmaicie. Na podstawie tych wyników wskazują na możliwość czynnego współdziałania gruczołów wkrewnych w powstawaniu różnych chorób skóry.

Nr. 15.

Kurt Trommer, Erich Hempel (Zwickau): *Przyczynek kliniczny do kwestji odruchów woreczka żółciowego.* Na podstawie spostrzeżeń przy operacji stwierdzają, że jest rzeczą możliwą otrzymanie żółci z woreczka żółciowego zapomocą sondy dwunastnicowej, albowiem znane nam środki, mające wpływać na powstanie potrzebnych w tym celu odruchów działają skutecznie. Co się tyczy tych środków, to autorowie zalecają używania roztworu 60% glukozy. Pomimo tego jednak niemożna nigdy na podstawie badania sondą dwunastnicową orzec, czy *duct. cysticus* jest drożny, czy też zamknięty.

Muck (Essen): *O wpływie głodówki na napady migreny.* Przypisuje głodówce ważne znaczenie profilaktyczne dla uniknięcia napadów migreny, opierając się na spostrzeżeniach Volhard'a i Opitz'a, którzy zauważyli, że głodówka zapobiega rzucawce.

R. Ehrmann, i H. Taterba: *Jednostronne usztywnienia kręgosłupa.* Co się tyczy leczenia to w przypadkach etjologji niejasnej należy ustalić kręgosłup chroniąc go przedewszystkiem przed urazami przewlekłymi, najczęściej przyczyny zawodowej. Dolegliwości dadzą się uśmierzyć przez leżenie w łóżku, ciepło i antyneuralgica. Atophan działa niekiedy z dużą korzyścią.

S. Creveld (Amsterdam): *Metoda ilościowego oznaczania lewulozy w małych ilościach krwi.*

H. Laser: *Sztuczne wytworzenie kurzego mięsaka.* Embrjonalna tkanka śledzionowa została poddana działaniu surowicy zwierzęcia, któremu uprzednio wstrzykiwano dożylnie smołę. Tym sposobem można było uzyskać mięsaka *in vitro.*

Nr. 16.

Dr. R. Bumm (Berlin): *Narkoza dożylna zapomocą pochodnych kwasu barbiturowego.* Zestawia wyniki otrzymane przez podanie dożylne somnifenu, preparatu pochodnego kwasu barbiturowego. Chorzy szybko popadają w narkozę, lecz stan uśpienia utrzymuje się stosunkowo bardzo długo, bo nieraz nawet i przez całą dobę. Lepiej niż somnifen spełnia tutaj usługi pernocton. Pozatem pokłada dużą nadzieję w tem, że w przyszłości narkoza dożylna będzie mogła mieć zastosowanie powszechne. Potrzebnem jest jednak do tego ściślejsze dawkowanie tych środków.

Leo M. Zimmermann (Frankfurt): *O stosunku hormonu przytarczycznego do poziomu wapnia we krwi i do krzepnienia krwi ze szczególnem uwzględnieniem żółtaczki.* Wyciąg gruczołów przytarczycznych Collip'a posiada zdolność podnoszenia poziomu wapnia we krwi, bez objawów ubocznych, jednakowoż stwierdza, że podwyższenie poziomu wapnia we krwi nie wywiera żadnego wpływu na czas krzepnienia jej ani u osobników normalnych, ani dotkniętych żółtaczką. W żółtaczce nie stwierdził zaburzeń w zachowaniu się poziomu wapnia we krwi. Wobec tego sądzi, że podawanie wogóle przetworów wapnia celem skrócenia czasu krzepnienia tak u osób normalnych jak i z żółtaczką nie przedstawia dużego znaczenia. Jeżeli jednak tą drogą da się niekiedy cokolwiek uzyskać to chodzi tu raczej może o działanie, podobne do wpływu hypertonicznych roztworów soli kuchennej.

C. Häbler (Würzburg): *O pojedynczej metodzie do oznaczania odczynu na ropę i wydzieliny.* Opis praktycznej metody, w której zapomocą odpowiednich wskaźników można odzyskać stężenie jonów wodor. i tą drogą ustalić rozpoznanie.

Prof. G. Axhausen (Berlin): *O ostrej monarthritis „pseudogonorrhoica" i jej leczeniu.* Leczenie tego schorzenia mało się różni od leczenia w przypadkach etjologji gonokokkowej. Z dobrym skutkiem stosuje Rivanol do injekcji wśród i około stawowych.

Werner Nissel, Erich Viescu: *O leczeniu cukrzycy synthaliną w przypadkach powikłań chirurgicznych.* W powikłaniach chirurgicznych cukrzycy stosowali z bardzo dobrymi wynikami synthalinę nawet tam, gdzie zawodziła insulina. W potrzebie poddawali chorych leczeniu kombinowanemu.

Nr. 17.

Bergmann G. (Berlin): *Przyczynek do czynnościowej patologji wątroby.* Nie wątpi w to, że alkohol jest głównym środkiem, który może prowadzić do uszkodzeń wątroby (marskości). Ocena stopnia zaburzeń wątrobowych, którą można uzyskać z przebiegu krzywej wydzielania bilirubiny stanowi dobry sposób rozpoznawczy.

Klevitz F. Wigand R. (Königsberg): *O próbach skórnych przy dychawicy oskrzelowej.* Co się tyczy wartości tych znanych powszechnie prób (Impfmethode), to wzbogacają one niewątpliwie kierunek diagnostyczny, jednakowoż wartość ich jest zbyt przecenianą. Rzadkie są bowiem przypadki, w których tym sposobem można ustalić specyficzny allergen.

Zondek H. (Berlin): *O znaczeniu patologiczno-fizjologicznem przerostów tarczycy i innych gruczołów wkrewnych.* Zestawia wzajemną korelację gruczołów wkrewnych wskazując zarazem na niektóre typy wola u osób otyłych. Przypadki te, przebiegające często z hyperthyreozą zdają się przeciwdziałać powolnemu postępowaniu procesów oksydacyjnych w ustroju otyłych.

Delhougne F. (Bonn): *Hyperwentylacja płuc a wydzielanie soku żołądkowego.* Pogłębienie i wzmożenie oddechów wstrzymuje wydzielanie soku żołądkowego i obniża kwasotę. Dzieje się to z przesunięciem odczynu krwi.

F. V. Mikulicz-Radecki (Berlin): *O dożylnem stosowaniu gynergenu przy atonjach.* Radzą dawki 3/4 ccm nie przekra-

czać. Za wskazania do podawania gynergenu uważają wszystkie ciężkie atonje powstałe po urodzeniu łożyska. Przed urodzeniem łożyska nie radzą stosować gynergenu, ze względu na to, że gyn. pobudza do skurczu wewn. ujście macicy.

Z. Tomanek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 12 listopada 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 92 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia o śmierci śp. prof. dra Jana Prusa, którego pamięć uczcili zebrani przez powstanie.

2. Kol. Dobrzański przedstawia chorego, któremu *wyjął ciało obce — fasolę z tchawicy;* omawia następnie sposoby wydobywania tych ciał.

3. Kol. Czyżewski przedstawia przypadek *przeszczepienia kości w miejsce usuniętego końca stawowego kości barkowej.*

W dyskusji kol. Bar ącz zapytuje, jakiej wielkości był guz i czy przechodził on na żebra.

Kol. Czyżewski wyjaśnia, że guza w całości nie usunięto; usunięto jedynie guziczek, uciskający na rdzeń.

Kol. Barącz uważa, że w danym przypadku wskazane byłaby raczej operacja radykalna, gdyż inaczej może nastąpić recydywa.

4. Kol. Limanowski wygłasza: *„Etjologja stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia"* (ukaże się w P. G. L.).

XXXI. Posiedzenie naukowe w dniu 19 listopada 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 92 członków.

1. Kol. Dobrzański przedstawia chorego *z torbielą szczęki dolnej.*

Wdyskusji zabierali głos kol. Barącz, Węgłowski, Ostrowski Tad., i prelegent.

2. Kol. Węgłowski przedstawił przypadek *plastyki obu stawów łokciowych.* Chora lat 25, przed 3-ma laty zachorowała na płonicę, po której wytworzyły się ropne zapalenia obu stawów łokciowych i lewego stawu biodrowego, wskutek czego powstało całkowite kostne unieruchomienie wspomnianych stawów. Przed rokiem chora była operowaną w jednym ze szpitali prowincjonalnych, lecz wynik operacji był ujemny i unieruchomienie powstało z powrotem. Obecnie ręce są całkiem unieruchomione w stawie łokciowym w pozycji konta rozwartego tak, że użycie rąk do pomocy jest całkiem niemożliwe. Badanie promieniami Roentgena wykazuje całkowite kostne zrośnięcie kości ramieniowej z obu kośćmi przedramienia. Przed 3-ma mies. prelegent wykonał operację na prawym stawie łokciowym w sposób następujący: bocznem cięciem obnażone były zrośnięte kości prawego stawu łokciowego i rozdzielone jedna od drugiej za pomocą dłuta. Następnie specjalnemi fryzami aparatu De Martelsa tak wytoczono powierznie trzech kości, że wyglądem swym całkiem odpowiadały normalnym konturom tych kości. Końce stawowe kości łokciowej i kości promieniowej były każdy z osobna pokryte płatem powięzi szerokiej uda, przyczem powięzi te zostały mocno umocowane na miejscu za pomocą katgutu.. Powierzchnia końca kości ramieniowej pokryta została szerokim płatem tkanki tłuszczowej, wziętej z uda i także umocowana za pomocą katgutu. W ten sposób powierzchnie stawowe wszystkich trzech kości zostały oddzielone jedna od drugiej za pomocą 2-ch warstw: warstwy tłuszczowej i warstwy szerokiej powięzi uda. Po ustawieniu powierzchni stawowych rana zeszyta całkowicie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań: już czwartego dnia rozpoczęte zostały ruchy bierne, a po 8-miu dniach ruchy czynne.. Obecnie, jak panowie widzą, chora może wykonywać wszystkie ruchy w stawie łokciowym w zakresie normalnym. Przed 3-ma tygodniami mówca wykonał podobną operację po stronie lewej i przebieg leczenia jest taki sam; obecnie chora wykonuje już prawie wszystkie ruchy, lecz naturalnie nie tak szybko, jak po stronie prawej. Pozostaje jeszcze uruchomić lewy staw biodrowy, który będzie uruchomiony w ten sam sposób co oba stawy łokciowe.

3. Kol. Pisek wygłasza: *„Laennec — wynalazca stetoskopu na tle ówczesnego stanu medycyny na Zachodzie i w Polsce"*, (drukowane w P. G. L.).

W dyskusji kol. Ziembicki zaznacza, że w Polsce przed Raciborskim stetoskop wprowadził Herberski w 1823 r.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 18 grudnia 1926 r.

Obecnych członków 20.

Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

Na wstępie przemawiał prezes Tow. w sprawie wydania „pamiętnika jubileuszowego".

I. Kol. Łokczewski omówił z własnej praktyki przypadek *zatrucia novocainą:* chora 30. letnia po zastosowaniu przez dentystę zastrzyku novocainy z zwykłej dawce zapadła w głęboki sen, trwający dwie doby.

II. Kol. Bram pokazał: 1) *rurkę rentgenowską „Metalix" Philipsa typu D,* omawiając właściwości tejże; zwraca uwagę, że aczkolwiek rury tego typu posiadają t. zw. „powłokę ochronną", nie zabezpieczają całkowicie otoczenia od zgubnego działania promieni X.

2) *rentgenogram żoładka po gastroenterostomji, dokonanej przed 7 laty.* Obok zrostów okołożołądkowych widoczne rozszerzenie przylegającego do zespolenia odcinka jelita czczego, stanowiącego jakby zbiornik, który w odprowadzającej części wykonywuje ruchy rytmiczne, wydzielając w ten sposób systematycznie pewną ilość papki do dalszych odcinków.

3) omówił przypadek *ciężkiego krwawienia u młodej dziewczyny podczas każdego miesiączkowania.* Naświetlania śledziony promieniami X dały wynik nadspodziewanie dobry, chora przez 3—4 miesiące miewała perjody prawidłowe. Po tym czasie nastąpił nawrót tak ciężki, że postanowiono naświetlaniami wywołać przedwczesny przekwit, chora jednak niebawem zmarła. Wynik ten, aczkolwiek nie po raz pierwszy stwierdzony, ma doniosłe znaczenie, można bowiem ciężkie krwawienie ginekologiczne wstrzymać za pomocą naświetlań promieniami X bądź to śledziony, bądź to jajników lub nawet wątroby.

W dyskusji nad tym przypadkiem przemawiali kol. Frenkenberg i prezes Rożkowski. Kol. Frenkenberg zalecałby tu działanie pobudzające szpik kostny, kol. Rożkowski uważa sprawę chorobową jako *thrombopeniam essentialem.*

III. Kol. Rożkowski omówił z własnej praktyki przypadek *wola pozamostkowego,* ciekawy z punktu widzenia rozpoznawczego — podejrzewano tu rozszerzenie łuku tętnicy głównej. Kol. Bram pokazał rentgenogram tego przypadku; stosował naświetlania promieniami miękkimi. Kol. Batawia stwierdził u tejże chorej porażenie n. zwrotnego. (przypadek będzie ogłoszony w P. Archiw. Med. Wewn.).

IV. Kol. Batawia wygłosił odczyt: *„W sprawie leczenia poronnego ropni okołomigdałkowych".*

Nawiązując do ogłoszonego w r. zeszłym przez Huttera sposobu poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych — kol. Batawia opisuje zabieg, jaki stosuje od lat 20 w celu przerwania rozwijającego się ropnia okołomigdałkowego albo skrócenia okresu choroby. Zabieg prelegenta polega na odseparowaniu zgiętym haczykiem górnej części przedniego łuku migdałka, jak przy tonsillektomji. Zabieg ten stosowany być może tylko w pierwszym lub drugim dniu choroby, gdy naciek zajmuje tylko górną część przedniego łuku, gdy nie rozszerzył się jeszcze poza linję środkową podniebienia miękkkiego i na języczek i gdy procesem chorobowym nie jest zajęty tylny łuk. Lecz i w tych nadających się do zabiegu przypadkach zaledwie w mniejszej części otrzymał prelegent pożądany wynik. Na podstawie swego doświadczenia wątpi w skuteczność zabiegu Huttera, który polega jedynie na otwieraniu mieszkowatych zagłębień górnego odcinka migdałka. Zabieg prelegenta jest daleko radykalniejszy od zabiegu Huttera, a mimoto w nielicznych tylko przypadkach powstrzymuje rozwój sprawy chorobowej. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Sprawozdanie z Zebrania Naukowego z dnia 20. listopada 1926 r. w lokalu własnym w Sosnowcu przy ul. 3-go Maja l. 15 (ofic. lewa parter).

Obecnych według listy 28 członków i 20 gości.

Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa Dra Kozłowskiego, wiceprezes Dr. Puterman, witając Profesora Michałowicza, prezesa Tow. Lek. Częstochowskiego, D-ra Rożkowskiego, oraz innych gości, wspomina o dawnych zebraniach Tow. Lek. Częstochowskiego pod przewodnictwem Biegańskiego, na których z pośród niepospolitych odczytowców odznaczał się już wówczas prelegent Prof. Michałowicz.

Prace jego przeważnie treści pedjatrycznej zdecydowały o jego przyszłej karjerze naukowej. Wznosząc się coraz bardziej na wyżyny sztuki lekarskiej i posiadając istny dar rozumienia i odczuwania duszy dziecka, prelegent staje się jednym z wybitniejszych pedjatrów w Polsce, wyrazem czego służy cały szereg prac naukowych, tchnących świeżością, oryginalnością, oświetleniem faktów pod nowym kątem widzenia — faktów stwierdzanych ścisłemi spostrzeżeniami klinicznemi i badaniami laboratoryjnemi.

Przemówienie Kol. Putermana *in extenso* w załączniku Nr. 1.

Po wręczeniu przez prezesa dyplomu na członka honorowego naszego Tow. Lek. D-rowi Rożkowskiemu, kol. Puterman obszernie omawia i uzasadnia zasługi D-ra Rożkowskiego na polu naukowem i społecznem, wyliczając cały szereg jego wysoce wartościowych prac naukowych, pożyteczną, nieskazitelną, ciężką pracę zawodową i pomimo braku zdrowia udział jego w pracach społeczno-obywatelskich.

Przemówienie Kol. Putermana *in extenso* w załączniku Nr. 2.

Następuje odczyt Prof. Michałowicza: *„O gruźlicy w wieku dziecięcym z punktu widzenia energetycznego"*.

Praca ukaże się w druku.

W dyskusji nad odczytem kol. Puterman prosi o wyjaśnienie odnośnie do roli cholesteryny, wapnia, *typus bovinus*, lasecznika gruźliczego odnośnie do hematologicznych własności w gruźlicy i odnośnie do czynnej i nieczynnej gruźlicy.

Przemawiali jeszcze w dyskusji kol. Wołkowicz, Ryder i Lipski.

Po zebraniu odbyła się wspólna kolacja z prelegentem i gośćmi, w której wzięło udział trzydzieści kilka osób.

Sekretarz: *Dr. Krogulski.* Prezes: *Dr. Kozłowski.*

Załącznik Nr. 1.

Przemówienie D-ra Putermana dn. 20 listopada 1926 r.

Wdzięczny jestem Szanownemu Prezesowi, że mnie dał możność powitania Prezesa Warszawskiego Tow. Pedjatrycznego. Profesora Michałowicza, Prezesa Częstochowskiego T-wa Lek. Kol. Rożkowskiego oraz innych kolegów z Częstochowy.

Osobiście ze szczerą radością witam panów jako członków T-wa Lekarskiego Częstochowskiego. Mimowoli bowiem nasuwają się wspomnienia tych błogich czasów, kiedy to każde niemal zebranie tego Towarzystwa pod przewodnictwem nieodżałowanego naszego przywódcy duchowego Biegańskiego stanowiło pewnego rodzaju uroczystość, święto wielkie. Odczyty ówczesne zarówno pod względem treści, jak i formy, należały do niepospolitych, zwłaszcza odczyty prelegentów tej miary, co Biegański, Rożkowski i obecny nasz prelegent. Na odczytach poruszane były najżywotniejsze kwestje, omawiane najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej. Echa tych odczytów długo brzmiały w uszach i służyły niejednemu z uczestników za niemałą podnietę do poważnej pracy naukowej.

Prace ówczesne naszego prelegenta były przeważnie treści pedjatrycznej.

Jeżeli sobie uprzytomnimy, że ówczesna Wszechnica Warszawska, istnie po macoszemu przez zaborczy rząd rusyfikujący traktowana, nie wielki dawała zasób wiedzy opuszczającym jej ławy wychowańcom, że dla takiego ważnego przedmiotu, jak pedjatrja, która wówczas na Zachodzie stała już na wysokości zadania, nie było nawet katedry, to zrozumiemy, jak wielkie znaczenie miały dla nas wiadomości z tej dziedziny, udzielane nam przez prelegenta.

Pouczającymi też były odczyty tego rodzaju, jak: przyczyny tężyczki, flora bakteryjna przewodu pokarmowego u dzieci, epidemja *erythema infectiosum multiforme*, po odrze, opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawiczo-oskrzelowych i wielu innych. Prace w tym kierunku zdecydowały już wówczas o przyszłej karjerze naukowej prelegenta.

Uzupełniając następnie w klinikach zagranicznych swą wiedzę, wznosząc się coraz bardziej na wyżyny sztuki lekarskiej, posiadając przytem istny dar rozumienia i odczuwania duszy dziecka, prelegent staje się jednym z wybitniejszych pedjatrów w Polsce, wyrazem czego służy cały szereg prac naukowych bądź samoistnych, bądź pod jego kierunkiem przez licznych asystentów w jego klinice wykonanych.

Za wiele czasu zajęłoby omówienie wszystkich Jego prac, zaznaczę tylko, że wszystkie one tchną świeżością, oryginalnością, oświetleniem faktów pod nowym kątem widzenia: *Coli-pyelocystitis*, zdaniem prelegenta, nie jest uszkodzeniem tylko pierwotnem miedniczek nerkowych, lecz przeważnie sprawą wtórną, wyrazem ogólnego zakażenia, następstwem kolibakterjemji lub kolitoksemji, w zależności od spraw kolidyspeptycznych ze stałem lub przejściowem zachwianiem się konstytucjonalnej odporności nabłonka jelitowego i przedostaniem się kolibakterji lub kolitoksyn do krwiobiegu.

Mniej lub więcej burzliwy przebieg *colitis* przypisać należy sprawom głębszym, zależnym od czynników konstytucjonalnych, a głównie większej lub mniejszej wrażliwości nerwowego układu wegetacyjnego, tak zwanym przez autora kryzom neuro-artretycznym, które stosownie do odrębnego zachowania się rozmaitych tkanek ustrojowych w zależności od wieku, ujawniać się mogą w rozmaitych postaciach, to w postaci zapalnych spraw jelita grubego, to migdałków, lub katarów dróg oddechowych, to znowu w postaci rozmaitych wyrzutów skórnych.

Nie są to gołosłowne twierdzenia, lecz fakta poparte ścisłemi spostrzeżeniami klinicznemi i badaniami laboratoryjnemi.

Słowem każda niemal praca prelegenta odznacza się szerokiem i głębokiem ujęciem istoty cierpienia, indywidualizowaniem każdego poszczególnego przypadku w myśl maksymy: nie chorobę lecz chorego leczyć należy.

Rzecz prosta, że poglądy takie na istotę choroby nie mogły pozostać bez pewnego wpływu i na odnośne traktowanie chorych. Przekonani z góry o wielkim dla nas pożytku dzisiejszego odczytu, wdzięczni jesteśmy Czcigodnemu prelegentowi za łaskawe zaszczycenie nas swem przybyciem z nader ciekawym i na dobie będącym tematem.

Załącznik Nr. 2.

Motywy do zaliczenia D-ra Rożkowskiego w poczet Członków Honorowych T-wa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiadając zasobne wykształcenie ogólne i lekarskie, duże oczytanie w połączeniu z wybitnym zmysłem krytycznym, wybitne zdolności twórcze, łatwość pióra, oraz krasomówstwo, Dr. Rożkowski staje się jednym z najpłodniejszych pisarzy lekarskich na prowincji i wielce pożądanym prelegentem. Jeszcze za czasów studenckich napisał dwie prace z dziedziny psychologji: „Hypnotyzm i moralność" oraz „Experyment jako metoda psychologiczna" ogłoszone w latach 1894 i 1895 w „Niwie" i „Bibljotece Warszawskiej".

Jako lekarz napisał z tejże dziedziny w 1904 r. „O śnie i marzeniach sennych", praca ta również umieszczona została w „Bibljotece Warszawskiej".

W r. 1903 ukazały się w Czasopiśmie Lek. prace „Uwagi w sprawie leczenia niepłodności". „W sprawie leczenia zmaz nocnych".

Z tego okresu napisana została „Higiena pielgrzymek do Jasnej Góry" ogłoszona w 1902 r. w „Zdrowiu". Praca ta stwierdza niedołęstwo Zarządu miasta pod względem wymagań higjenicznych.

W r. 1911 na I-szym Zjeździe Lekarzy Prowincjonalnych w Łodzi wygłosił odczyt „O chorobie posurowiczej" ostrzegając przed zbyt szerokiem i bezkrytycznem stosowaniem surowicy przeciwbłoniczej, omawiając najnowszą naukę o nadwrażliwości (*anaphylaxia* i *antianaphylaxia*).

Dalej następują prace kliniczne: „O znaczeniu osłabionego oddechu pęcherzykowego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy", „Dychawica oskrzelowa i gruźlica płuc".

W roku 1914 na II-gim Zjeździe Lekarzy Prowincjonalnych w Lublinie wygłosił odczyt "O stanach gorączkowych przewlekłych pochodzenia migdałkowego i gruczołowego".

Podczas wojny poza granicami kraju zbiera materjały do prac, które później ukazały się w druku: „Przypadek niezwykłego przyspieszenia oddechu na tle nerwicy urazowej (Tachypnoe)". „Rany postrzałowe klatki piersiowej i gruźlica płuc". Wydawany na tułaczce w r. 1916 przez rodaków-lekarzy „Polski Miesięcznik Lekarski" liczy Dra Rożkowskiego do swych założycieli i daje mu możność godnie reprezentować wiedzę i inteligencję polskiego lekarza prowincjonalnego. W miesięczniku umieścił obszerną pracę pod tytułem: Dr. Władysław Biegański, Jego działalność naukowo-lekarska.

Po powrocie do kraju ogłasza oprócz powyższych prac:

„O wartości opukiwania i osłuchiwania klatki w gruźlicy gruczołów tchawiczo-oskrzelowych".

„Gruźlica wnęki płucnej".

„Grypa hiszpańska i gruźlica płuc".

„Kilka uwag w sprawie leczenia słonecznego gruźlicy płuc".

„Walka z epidemją grypy, jej najważniejsze zadania i środki".

„O powstaniu i znaczeniu sinicy w grypowem zapaleniu płuc (wskutek zmian chemicznych krwi przy zachowanej czynności serca).

„O białym odczynie skóry, jako rzekomym objawie niedomogi nadnerczy (objaw Sergenta).

W Tow. Lek. obok Biegańskiego był najbardziej czynnym członkiem, filarem i duchem ożywczym, wygłaszając największą liczbę odczytów i referatów i demonstrując szereg ciekawych przypadków przeważnie z dziedziny neurologji.

Dalej następuje szereg prac:

„O wczesnem rozpoznaniu gruźlicy płuc".

„O rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawiczo-oskrzelowych".

„O zapaleniu nerek w świetle pojęć współczesnych".

„O istocie krzywicy".

„O metodzie badania ciśnienia krwi z pokazem sphigmomanometru Riva-Rocci, Oscilometru Pachon'a i viscosimetru Hess'a".

„O dodatkowych czynnikach pożywienia, czyli o witaminach".

„W sprawie stosowania wewnętrznego nalewki jodowej".

„Dwa przypadki chromania przestankowego".

„Dusznica bolesna, jako główny zespól objawowy w nietypowych i skrytych postaciach kamicy żółciowej".

Wreszcie nader cenna praca w Archiwum medycyny wewnętrznej i którą Dr. Rożkowski wygłosił w naszem Twie Lekarskiem:

„W sprawie opukiwania rękojeści mostka w równomiernych rozszerzeniach łuku tętnicy głównej".

W latach młodszych Dr. Rożkowski kilkakrotnie wygłaszał odczyty popularne dla szerszej publiczności. Czas długi pełnił czynność sekretarza Tow. lek.

Nasze Towarzystwo Lekarskie po części ma do zawdzięczenia swe istnienie Biegańskiemu i Rożkowskiemu.

Z chwilą powrotu do kraju powołany został na prezesa Twa Lekarskiego Częstochowskiego i pobudził na nowo Two Lekarskie do pracy naukowej.

Jeżeli obok tej ogromnej i wysoce wartościowej pracy naukowej weźmiemy pod uwagę jego pożyteczną nieskazitelną ciężką pracę zawodową i pomimo braku zdrowia udział jego w pracach społeczno-obywatelskich (podczas bojkotu szkół sam prowadzi wykłady w języku polskim), zajmuje się organizowaniem w Częstochowie stałej wystawy przeciwgruźliczej, przyjmuje udział w wielu jeszcze innych pracach społecznych — koledzy zrozumieją, dlaczego Two Lekarskie uważało sobie za zaszczyt zaliczyć Dra Rożkowskiego w poczet swych członków honorowych.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego z dnia 15 grudnia 1926 r.

w sali Stowarzyszenia Techników w Sosnowcu.

Po przywitaniu prelegenta Dra Starkiewicza przez prezesa Kol. Kozłowskiego, Kol. Puterman podnosi zasługi Dra Biegańskiego odnośnie do wpływu jego na ruch społeczno-naukowy wśród lekarzy prowincjonalnych. Z pośród wielu zasłużonych uczniów-społeczników Biegańskiego wyróżnia się prelegent Dr. Starkiewicz, którego nadmiernym wysiłkom i niespożytej energji Polska ma do zawdzięczenia powstanie pierwszorzędnej kolonji leczniczej dziecięcej, uposażonej we wszelkie nowoczesne urządzenia kuracyjne, która uratowała dotychczas setki dzieci od ciężkich, w innych warunkach życiowych, nieuleczalnych schorzeń.

Z instytucji tej korzystają obecnie rozmaite organizacje społeczne: kasy chorych, sejmiki, magistraty, towarzystwa kolonji letnich, oraz osoby prywatne.

Odczyt Dra Starkiewicza: „Kolonja lecznicza dziecięca imienia Rektora Dra Brudzińskiego przy zdroju w Busku" nie nadaje się do streszczenia.

Sekretarz: *Dr. Krogulski*, m. p. Prezes: *Dr. Kozłowski*, m. p.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) w piątek dnia 17 czerwca r. b. o godz. 8½ odbyło się posiedzenie dyskusyjne, na którem Dr. A. Śmiechowski wygłosił odczyt p. t. „Nowy projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych".

W sprawie wydawnictwa Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego. W r. 1924 Zarząd Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego powołał mie na zaszczytne stanowisko Redaktora Pamiętnika Towarzystwa i zobowiązał mię do wydania zaległych protokółów z posiedzeń Towarzystwa i zaległych roczników Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego. Pierwszą część tego zadania, wymagającą pracy samodzielnej, wypełniłem w miarę sił i możności, doprowadziłem wydawnictwo do końca r. 1925; pozostał niewydany rocznik 1926, który ukaże się łącznie z zeszytem za r. 1927. O wiele gorzej poszło z Przeglądem Piśmiennictwa, którego zaległości sięgają do r. 1917. Objąwszy redakcję i przejąwszy część materjałów od b. redaktora, uzupełniłem je przez dokonanie wykazu wszystkich prac polskich, drukowanych w pismach polskich i oddzielnych wydawnictwach w latach 1917—1921 włącznie.

W jesieni r. 1925 zebrałem grono chętnych kolegów, którzy podjęli się dokonać streszczeń i zwrócić gotowy do druku materjał nie później niż 1 marca 1926 roku; termin ten był potem stopniowo przesuwany, ale ostatecznie w dn. 1 lipca 1926 zwrócono mi wszystkie działy z wyjątkiem prac z działu medycyny wewnętrznej, które rozebrali pomiędzy sobą współpracownicy jednej z klinik. Upływał miesiąc za miesiącem, a ja nie mołem przystąpić do rozpoczęcia druku, ponieważ ani prośby moje bezpośrednie ani wnoszone za pośrednictwem szefa kliniki skutku nie odnosiły; koledzy nie poczuwali się do konieczności wypełnienia dobrowolnie przyjętych zobowiązań. Gdy wreszcie upłynął rok od wyznaczonego pierwotnie terminu, w dn. 1 marca 1927 r. złożyłem powierzony mi mandat i zawiadomiłem Zarząd Towarzystwa, że w tych warunkach nie mogę się nadal wydawnictwem Przeglądu zajmywać. Zarząd przyjął moje zrzeczenie, zażądał nadesłania przygotowanych do druku materjałów i na mego zastępcę powołał jednego z współpracowników tejże kliniki wewnętrznej, wyznaczając mu stałą pensję roczną, jako wynagrodzenie za pracę, i stałe honorarjum dla współpracowników za dokonywanie streszczeń. Czy tak postąpić należało niech osądzi bezstronny czytelnik. Dotychczas przez lat z górą 30-ci cały szereg członków Towarzystwa nawet bardzo zajętych pracą zawodową, zarówno naukową jak i zarobkową, pracował dla Towarzystwa i jego wydawnictw bezinteresownie. Nie wątpie, że i teraz, gdyby się Zarząd zwrócił do ogółu członków, znaleźli by się chętni do objęcia stanowiska redaktora bez wynagrodzenia pieniężnego, mając bardzo ułatwione zadanie przez wyznaczenie opłaty za streszczenia, bo teraz redaktor nie będzie już potrzebował prosić, lecz może żądać i nalegać na słowne i terminowe wypełnienie zobowiązań ze strony współpracowników. W. Szumlański.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 22 czerwca b. r. odbyło się w sali Krakowskiego Tow. Lekarskiego o godzinie 6,15 wieczorem posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: I. Demonstracje: z Oddziału III. Szpit. św. Łazarza, z Oddziału otolaryngologicznego Szpit. Izrael.: Dr. J. Spira. II. Odczyt Dra Rosego p. t. „O lokalizacji w mózgu".

Ukazał się zeszyt 1. Tom I. „Chirurgji klinicznej" pod redakcją prof. Dr. Jurasza i prof. Dr. Rutkowskiego. Zeszyt leżący przed nami przedstawia się zarówno pod względem treści jak i szaty zewnętrznej okazale. Obok wydania polskiego „Chirurgja kliniczna" ukazuje się w językach obcych.

Lwów.

Walka z Gruźlicą a Kasa Chorych m. Lwowa. W ostatnich tygodniach doniosły dzienniki o uchwaleniu przez Kasę Chorych m. Lwowa budowy Sanatorjum na 100 łóżek przy ul. Kurkowej dla płucno-chorych i centralnego ambulatorjum.

W tej doniosłej sprawie uważamy za swój obowiązek zabrać głos publicznie, zaznaczając przytem z góry, iż nie kwestjonujemy w zupełności dobrej woli Zarządu tej Instytucji.

Walka z gruźlicą, jako wielka klęska społeczna, musi być prowadzona środkami społecznemi. Walka ta różni się zasadniczo od sposobu zwalczania wszelkich innych zakaźnych chorób i wymaga specjalnych sposobów, a w szczególności nie zasadza się nawet na najlepszym sposobie leczenia. W walce z gruźlicą traktować się musi leczenie co najwyżej jako środek pomocniczy i wychowawczy dla społeczeństwa.

Wychodząc z tego założenia uważamy, że projektowane sanatorjum z małym oddziałem dla gruźliczo ciężko chorych nawet wraz z centralną przychodnią, przeznaczoną dla leczenia ambulatoryjnego, nie jest właściwą drogą, mającą prowadzić do upragnionego celu. Albowiem leczenie sanatoryjne gruźlicy jak i ambulatorjum (przychodnia) zajmujące się wyłącznie leczeniem przynosić może wogóle małe korzyści społeczne, gdyż nie uwzględnia ono istotnego źródła klęski, t. j. rodziny i domu chorego.

Każdy chory na gruźlicę jest chorym przez długie miesiące i lata. Koszt leczenia jest więc olbrzymi. Nie chcemy tu poruszać faktu samego, że leczenie już zarażonych jest syzyfową pracą. Jedynym celem i głównem zadaniem w walce z gruźlicą jest *ochrona przed zakażeniem*, a przedewszystkiem jest *zapobieganie zarażeniu głównie u dzieci*. Zaś zapobiegać gruźlicy może nie ambulatorjum o charakterze leczniczym, jedynie tylko poradnia przeciwgruźlicza, która przez swoje poradniarki będzie brała w opiekę nie tylko chorego, ale całe jego otoczenie i rodzinę.

Na razie istnieją we Lwowie dwie poradnie i przychodnie przeciwgruźlicze. Jedna prowadzona przez Two Walki z Gruźlicą, druga przez Two Szerzenia Higjeny wśród Żydów, która to ostatnia obejmuje głównie dzielnicę żydowską. Obie poradnie opiekują się wszystkimi mieszkańcami danych dzielnic bez względu na wyznanie. Poradni takich powinno być we Lwowie conajmniej pięć, w każdej dzielnicy miasta jedna. Brakuje więc jeszcze trzech poradni.

Równocześnie z rozbudową poradni przeciwgruźliczych konieczny jest szpital dla ciężko chorych jako środek pomocniczy w walce z gruźlicą. Atoli szpital taki powinien obejmować najmniej 200 łóżek, ażeby móc w nim umieścić chorych na otwartą gruźlicę, którzy dzisiaj zarażają swoje otoczenie i błagają często o umieszczenie ich w szpitalu. Temu zaś celowi nie będzie mógł służyć projektowany szpital dla gruźliczo ciężko chorych, będący własnością Kasy Chorych, nawet nie ze stanowiska dla dobra członków mających z niego korzystać. Nie będzie to bowiem możliwe choćby ze względu na ograniczenie czasu świadczeń tak, że wykluczeni z tego szpitala staną się dalszymi rozsadnikami tej zarazy. Do tego przybędzie i ten moment, że ciężko chorzy, od dłuższego czasu niepracujący, wedle statutu Kasy Chorych do tego szpitala nie będą mogli być przyjęci. A co się ma stać z tym biednym chorym, który już wyczerpał prawo korzystania z Kasy wobec faktu, że projektowane sanatorjum ma mieć umieszczenie tylko dla 30 chorych.

Co więc winna Kasa Chorych zrobić, gdy zamierza przyczynić się do zwalczenia choroby ludowej, której na miano gruźlica.

1) Wspólnie z istniejącemi poradniami rozbudować sieć dalszych poradni. Jako instytucja społeczna powinna ona podporządkować swoje siły i środki celom ogólnie-społecznym, z których płynęłaby korzyść dla całego ogółu. Będzie to możliwe, jeżeli Kasa Chorych w współpracy z wymienionemi towarzystwami przyczyni się do stworzenia poradni przez odpowiednie subwencjonowanie już istniejących instytucyj. Tą drogą akcja zwalczania gruźlicy dotrze do szerokich mas społecznych i stosunkowo małym kosztem kilkunastu tysięcy złotych uzyska się większe wyniki, niż przez budowę niesłychanie drogiego i wspaniałego sanatorjum, z którego korzystać będzie tylko mała garstka.

2) Z chwilą, gdy taka sieć poradni obejmie miasto, powinien być wybudowany szpital. Szpital taki wybudować należy na obwodzie miasta i odpowiednio do swego przeznaczenia musi mieć na wzór szpitali zagranicznych charakter nieluksusowy. Zagranica bowiem dawno odstąpiła już od budowania luksusowych sanatorjów, a tworzy skromne szpitale ludowe o dużej ilości łóżek. Rozumie się samo przez się, że za koszty projektowanego luksusowego sanatorjum można będzie wybudować skromne szpitale o ilości łóżek conajmniej trzy razy większej.

3) Utworzyć sieć żłóbków i ochronek dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, pochodzących z rodzin członków Kasy Chorych, chorych na gruźlicę. Chroniąc bowiem dzieci od zakażenia, zmniejszą się także w przyszłości wydatki Kasy na leczenie.

4) Tworzenie kolonji i półkolonji na peryferjach miasta dla tysięcy dzieci robotniczych wzgl. pracowników, członków Kasy Chorych, względnie popieranie instytucyj, które tymi zadaniami się zajmują.

W ten sposób zużyte pieniądze celowo ze stanowiska społecznego przyniosą nie tylko największy zysk samej Kasie Chorych, ale i całemu społeczeństwu.

Polskie Two Higjeniczne, Lwowskie Two Walki z Gruźlicą, Two Ochrony Zdrowia ludności żydowskiej w Polsce (TOZ), oddział Lwów.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. XX. posiedzenie odbyło się w piątek, dn. 17. czerwca. Dr. Ratajski przedstawił przypadek słoniowatości worka mosznowego, dr. Krygowska przypadek twardzieli, dr. Schütz przypadek nowotworu kości piętowej, dr. Rodziński przypadek operowanego rozszczepienia podniebienia miękkiego. Prof. Bocheński wygłosił odczyt na temat: Leczenie raka szyjki macicznej energją twórczą.

XXI. posiedzenie odbyło się w piątek dn. 24. czerwca. Dr. Szumowski przedstawił chorego, który przez rok nosił w uchu ciało obce w postaci $4^1/_2$ cm. klingi noża. Dr. Meisels wygłosił odczyt p. t.: „Kliniczno-biologiczne podstawy naszej metody leczenia raka szyjki energją promieniotwórczą".

Z kraju.

Związek Lekarzy okręgowych w Małopolsce, istniejący od przeszło 30 lat ma prócz celów dydaktycznych również cel dążenia do uzyskania odpowiedniego stanowiska w chierarchii urzędników autonomicznych o wykształceniu akademickiem, a tem samem uzyskania u Władz przełożonych i ustalenia ich odpowiednich poborów pensyjnych. W celu omówienia tych spraw i złożenia sprawozdania z czynności Wydziału zwołał Wydział Walne Zgromadzenie Lekarzy okręgowych do Lwowa na dzień 29 maja b. r. Lecz na Zgromadzenie to przybyła tylko znikoma ilość interesowanych Lekarzy okręgowych, których liczba dochodzi do 150, tłómacząc się niemożnością przyjazdu z powodu znacznych wydatków na podróż i braku czasu. Przyjmując częściowo za uzasadnione to tłómaczenie, nie możemy z drugiej strony nie wyrazić zdziwienia, iż Lekarze okręgowi tak mało mają zrozumienia dla swych potrzeb życiowych i konieczności zrzeszenia się, by postulaty ich, które Wydział Związku u Władz przełożonych kilkakrotnie przedstawiał, zostały wysłuchane i wykonane. Dlatego zwracamy się do wszystkich Kolegów Lekarzy okręgowych, by ustanowione wkładki na rok 1927 do Związku zaraz wpłacili, gdyż Wydział Związku na wyjazdy konieczne do Władz we Lwowie i Warszawie nie może ponosić wydatków z własnej kieszeni i by ci, którzy dotąd nie wpisali się na członków Związku, jak najrychlej to uczynili, a również wciągnęli do Związku tych opornych, którzy rolę trutniów w ulu spełniając dotąd do tak pożytecznej i altruistycznej organizacji się nie wpisali. Za Wydział Związku lekarzy okręgowych: Dr. Bednarski Sekretarz, Dr. Bielecki Prezes.

Ze świata.

IX Karlsbadzki międzynarodowy dokształcający kurs lekarski. Tegoroczny międzynarodowy dokształcający kurs lekarski ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się w Karlsbadzie pomiędzy 18 a 24 września. Program zawiera 26 wykładów o różnych aktualnych kwestjach lekarskich. Z Polski zgłosił wykład warszawianin Prof. Dr. Funk o nowych zdobyczach chemji i ich zastosowaniu do patogenezy i terapji cukrzycy. Pozatem zgłosili wykłady profesorowie uniwersyteccy z Anglji, Austrji, Czechosławacji, Francji, Holandji, Niemiec, Szwecji i Szwajcarji. Uczestnicy zagraniczni otrzymują bezpłatnie wizy paszportowe oraz 33% zniżki na kolejach Czechosłowackich. Informacji udziela przewodniczący dokształcających kursów Dr. Edgar Ganz w Karlsbadzie.

Redakcja otrzymała

A. Calmette: „La vaccination préventive contra la tuberculose par le „B. C. G.". Masson et Cie. Paris 1927.

P. Delmas-Marselet: „Les réflexes de posture élémentaires". Etude physio-clinique. Masson et Cie Paris 1927.

E. Terlecki: „O mechanicznem leczeniu jaglicy". Odb. z kliniki ocznej zesz. II. z r. 1926.

H. Grossfeld: „Insulinmastkur bei beginnender und bei stationärer Lungentuberkulose". Odb. z „Zeitschrift f. Tuberkulose". Band 47. Heft 5. 1927.

Wł. Mikulowski: „Sur quelques rares complications de la fièvre typhoide". Odb. z „Revue française de Pédiatrie". Tom II. Nr. 6 z r. 1926.

Ten sam: „Ein Beitrag zur perniciösen Anämie, durch Bothriocephalus latus vesursacht". Odb. z „Schweizerische Med. Wochenschrift" 57 Jahrg. 1927. Nr. 20. Seite 469.

Ten sam: „O współczesnych poglądach na patogenezę zakażeń kiszkowych". Odb. z „Pedjatrji Polskiej". Tom VII, zeszyt 2. 1927.

A. Nasiłowski: „Przypadek osteogenesis imperfecta". Odb. z Polsk. Przeglądu radiologicznego. Tom II, zesz. I, r. 1927.

Min. spr. wewn. Departament służby zdrowia: Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj zdrowia publicznego w r. 1925.

Cl. Joyeux: Précis de médecine coloniale. Masson et Cie. Paris 1927.

Prof. Grzywo-Dąbrowski: „Tajemnica lekarska". Odb. z „Lekarza Polskiego", Nr. 2 z r. 1927.

Ten sam: „Zakład medycyny sądowej Uniw. Warszawskiego". Odb. z „Lekarza Polskiego". Nr. 6. z r. 1927.

F. Goebel: „Cholestérine du liquide céphalorachidien et du sang dans les maladies psychiques". Odb. z „Folia clinica et microscopica". Vol. I. Fasc. III.

Ten sam: „Osteomalacja (zmięknienie kości) jako zakwaszenie organizmu". Odb. z „Medycyny doświadczalnej i społecznej". Tom VI, zeszyt 1—2 z r. 1926.

H. Heidler i B. Steinhardt: „Ueber die manuelle Plazentelösung". Würzb. Abh. aus d. Gesamtgebiet der Medecin. Neue Folge (Band IV, Heft 8.). Cur Kabitsch Lipsk. 1927.

W. Janowski: „Les avantages pratiques de l'examen clinique de la pression artérielle. Odb. z „L'art medicale" Nr. 38, 1927.

W. Janowski: „I. vantaggi pratici delloseme clinico della pressione arteriosa". Odb. z „Riforma medica", rocznik XLIII, nr. 4 z r. 1927.